«Der heimliche WHO-Chef heisst Bill Gates» (Die ZEIT)

Wie glaubhaft ist die Weltgesundheitsorganisation (WHO), wenn ein Superreicher sie anscheinend zu seinen Zwecken einsetzen kann?

Seite 5

«Vogelgrippe»: Kein einziger Fall in Deutschland – Trotz WHO-Schreckensszenarien (ARTE)

Durch die Vogelgrippe-Warnungen der WHO wurden Regierungen auf der ganzen Welt dazu veranlasst, antivirale Medikamente einzukaufen. Am Ende waren es einige hundert Vogelgrippe-Fälle weltweit, in Deutschland kein einziger.

Seite 14

EXPRESSZEITUNG

Ausgabe 32, Mai 2020 CHF 11.00 / Euro 9.00

Corona-Hysterie ohne Beweise Die WHO als Wiederholungstäter

Auf welchen Grundlagen werden eigentlich im Zuge der «Corona-Krise» Bürgerrechte eingeschränkt und Massnahmen beschlossen, wie sie die Welt nie zuvor gesehen hat? Zuallererst fällt auf, dass die Organisation WHO, die bei «Corona» als globaler Befehlskörper die Zügel in der Hand hält, in der Vergangenheit durch extreme Korruption von sich reden machte. Die ZEIT titelte 2017: «Der heimliche WHO-Chef heisst Bill Gates». Was sagt das über die Glaubwürdigkeit der Weltgesundheitsorganisation, wenn einer der reichsten Menschen der Welt sie anscheinend als sein persönliches Werkzeug einsetzen kann? Ebenso besorgniserregend sind die eklatanten Fehleinschätzungen, die den Weg der WHO pflastern: Bereits während «Vogel- und Schweinegrippe» sind die von ihr prophezeiten Schreckensszenarien nicht eingetroffen, und inzwischen gibt es genug Grund zur Annahme, dass dies bei «Corona» nicht anders sein wird. Zahlreiche hochrenommierte Wissenschaftler und Experten widersprechen mittlerweile den Verlautbarungen der WHO zu «COVID-19» sowie den weltweit durchgesetzten «Präventivmassnahmen». Erneut zeichnet sich das Bild einer zutiefst fragwürdigen Pandemie-Kampagne ohne wissenschaftliche Beweise ab.

ARD: «unnötige Panik» bei der «Schweinegrippe» - Profit für Big Pharma

Das Jahr des vermeintlichen Schweingrippe-Ausbruchs war ein extrem harmloses Grippejahr.

S. 17 u. 57

«Alle obduzierten Corona-Toten hatten Vorerkrankungen» (Spiegel)

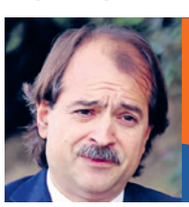
Die «Corona-Toten» hatten europaweit ein Durchschnittsalter von ca. 80 Jahren und fast immer Vorerkrankungen.

Seite 32

Corona-Test: So zuverlässig wie ein Münzwurf?

«Gegen Ende des Verlaufs ist die PCR [der Test] mal positiv und mal negativ. Da spielt der Zufall mit.» (Christian Drosten)

Seite 52



Einer der meistzitierten Wissenschaftler der Welt

«Unsere Daten deuten darauf hin, dass COVID-19 eine Infektionssterblichkeitsrate aufweist, die im gleichen Bereich liegt wie die saisonale Grippe.»

Stanford-Professor John P.A. Ioannidis über eine von ihm geleitete Studie zur Verbreitung von COVID-19

Liebe Leser

Noch immer reiben sich viele Menschen die Augen und versuchen zu verstehen, wie ihnen in unserer Gesellschaft gerade geschieht. Aufgrund einer nicht besonders schweren grippeähnlichen Krankheit (laut offiziellem Narrativ), die man neuerdings, seit der Umdeklarierung durch die WHO vor einigen Jahren, auch ohne Vielzahl von Toten als «Pandemie» bezeichnen kann, werden weltweit die Menschen über Wochen und Monate zuhause «eingesperrt», die Geschäfte geschlossen und die Wirtschaft nahezu komplett heruntergefahren. Wir werden überschwemmt mit Informationen, oft alarmierend und schockierend, oft widersprüchlich und unlogisch. Da spricht man von einer verheerenden, weltweiten Pandemie durch ein gefährliches, gar tödliches Virus und dann sterben zwar Menschen, jedoch nicht flächendeckend und durch alle Altersgruppen hinweg, wie man dies bei einer Pandemie eigentlich erwartet, sondern konzentriert auf einige Gebiete und stets nur diejenigen, die vorher schon schwer krank und darüber hinaus bereits in einem sterbenahen Alter waren. Wie passt das zusammen?

Von höchsten Stellen wird immer wieder darauf hingewiesen, dass nicht unterschieden werde, ob die Opfer AN oder nur MIT diesem Virus verstorben seien. Also ein sich im Endstadium befindlicher Krebspatient im Alter von 92 Jahren, der kurz vor seinem Tod noch positiv auf Corona getestet wurde, fällt somit ebenfalls in die Sterbestatistik, die wiederum als Grundlage herangezogen wird, diese zerstörerischen Shutdown-Massnahmen zu legitimieren. Wie kann das sein? In New York, dem weltweiten Epizentrum der «Corona-Krise», werden die Toten laut New York Times vom 14.04.2020 nicht einmal mehr auf Corona getestet, sondern nur noch durch «Einschätzung» hinzugezählt.

Wenn getestet wird, dann meist mit einem Verfahren, das weder ein amtliches Zulassungsverfahren durchlaufen hat, noch klinisch validiert ist. Laut einem Hersteller ist es auch nicht für diagnostische Anwendungen, sondern einzig für Forschungszwecke einzusetzen. Wie bitte? Dazu kommen Studien, die die Zuverlässigkeit dieses PCR-Tests in hohem Masse bemängeln und selbst Christian Drosten, der Leiter der Virologie in der Berliner Charité, teilt in einem Tweet mit: «Klar: Gegen Ende des Verlaufs ist die PCR mal positiv und mal negativ. Da spielt der Zufall mit. […]»

Auch die vermeintlich dramatische Zunahme der Anzahl Infizierter erscheint in einem etwas anderen Licht, wenn man gleichzeitig die Zunahme an Tests miteinbezieht. Werden nämlich heute aus 1.000 getesteten Personen 100 und in einer Woche aus 100.000 Personen 10.000 positiv und somit als Corona-Infizierte diagnostiziert, hat sich in diesem Zeitraum rein gar nichts verändert – ausser der Anzahl getesteter Personen! Die weltweiten Zahlen stammen übrigens von der Johns Hopkins Universität, die im Rahmen der «Coronakrise» in aller Munde ist, von der jedoch zuvor nur die Wenigsten gehört haben. Interessant wird es in diesem Zusammenhang, wenn man bedenkt, dass diese Universität aus finanzieller Sichtweise einen privaten Charakter hat: Die Bill & Melinda Gates Stiftung spendete der Universität mehr als sage und schreibe 880 Millionen Dollar. Bill Gates, einst offiziell reichster Mensch der Erde, spricht sich gleichzeitig dafür aus, alle 7 Milliarden Menschen zu impfen. Grundlage dafür sind wiederum die Zahlen der besagten Johns Hopkins Universität. Wer da an einen Zufall glaubt. Wir alle erinnern uns, wie uns diese und weitere Zahlen in täglichen Schlagzeilen und abendlichen Nachrichten in alarmistischer Weise als Schocknachrichten verkauft wurden und wie damit in der Bevölkerung ein kollektiver Angstzustand geschaffen wurde, ohne den solch zerstörerische und drangsalierende Massnahmen wohl kaum möglich wären. Man denke dabei nur an die komplette Lahmlegung der Weltwirtschaft (allein in Deutschland sollen laut Deutsche Unternehmerbörse erschreckende 39% aller deutschen Unternehmen und sogar 50% der Unternehmen aus besonders betroffenen Branchen, insolvenzbedroht sein!), die Schliessung der meisten Geschäfte und Läden, die Ausgangs- und Kontaktsperren, das Wegsperren der Alten, die Maskenpflicht und viele weitere Massnahmen, deren wirtschaftliche, gesundheitliche und psychologische Folgen nicht annähernd absehbar sind. Mit der Ausrufung des Pandemie-Notstands durch die WHO haben die Regierungen zahlloser Länder die verfassungsmässigen Grundrechte der Bürger kurzum aufgehoben und damit, jeglichen demokratischen Grundsätzen spottend, die eigene Macht ins schier Absolute ausgeweitet!

Mit dieser Ausgabe, liebe Leser, möchten wir Ihnen, in gewohnt kompakter Weise und auf nachprüfbaren und öffentlich zugänglichen Quellen basierend, wichtige Informationen und Sachverhalte zur WHO, zu ihren Verflechtungen mit der Pharmaindustrie und ihrer Abhängigkeit von Bill Gates, zu vergangenen «Pandemien», die keine waren, und zur heutigen «Corona-Krise» uvm. liefern, jedoch ohne dabei auf mögliche dahinterliegende Absichten und Agenden einzugehen.

Diese, aufgrund der aktuellen und zeitgeschichtlich so bedeutsamen Umstände wohl wichtigste aller bislang erschienenen Ausgaben, soll Sie dabei unterstützen, sowohl Menschen aus Ihrem eigenen Umfeld, wie auch Politiker, Beamte und andere Staatsangestellte auf die obgenannten und unzähligen weiteren behandelten Fragen aufmerksam zu machen. Dafür stellen wir die Digitalausgabe kostenlos zur freien Verfügung und Weiterverbreitung als PDF ins Netz. Sie finden diese auf unserem Telegram-Kanal und auf www.expresszeitung.com. Falls Sie zusätzliche Exemplare dieser Ausgabe zur persönlichen Weitergabe wünschen, bieten wir Ihnen auch grössere Mengen ab 10 Stück zum Selbstkostenpreis in unserem Online-Shop an.

Liebe Leser, wir erleben derweil historische Momente und befinden uns am Anfang einer Zeitenwende, deren Dimension kaum überblickbar, deren Tragweite kaum fassbar und deren Konsequenzen für unser aller Leben kaum vorstellbar sind. Wegen der angeblich menschgemachten Klimakrise sprachen Greta Thunberg, ihre Vordenkerin Salamon (Siehe Ausgabe Nr. 27) und Co vom «brennenden Haus». Mit derselben Metapher ausgedrückt: Nun steht das Haus wirklich in Flammen und es ist Zeit, dies zu erkennen! Denn wer in der Demokratie schläft, wacht in der Diktatur auf! Wir haben die Preishürde für diese Ausgabe auf Null gesetzt, damit das Wissen grösstmögliche Verbreitung findet. Umso mehr hoffen wir auf Ihren Beitrag dazu!

Das Coronathema wird uns jedenfalls auch in Zukunft beschäftigen. Entsprechend werden wir uns in den kommenden Ausgaben den damit verbundenen Auswirkungen widmen. (ab)

Thema der Ausgabe:

Corona-Panik: Mit einer Schein-Pandemie in die Katastrophe?

Mit der sogenannten «Corona-Krise» wird vieles zur Realität, was man vor wenigen Monaten noch als undenkbar erachtet hätte. Die Ausrufung einer «Pandemie» führte zu geradezu dystopischen Einschnitten in das öffentliche Leben und in das Privatleben der Bürger. Die Quarantäne ganzer Regionen und Ausgangsbeschränkungen beschneiden die eigentlich unantastbaren Grundrechte unter dem Vorwand einer Ausnahmesituation. Die verheerenden volkswirtschaftlichen Konsequenzen, die «Corona» nach sich ziehen wird, sind bereits abzusehen. Der von vielen seit langem prophezeite «Crash» könnte unmittelbar bevorstehen. Ist der riesige wirtschaftliche Schaden, der jetzt entsteht, der Gefahr, die von dem angeblichen Virus ausgeht, angemessen? Um ganze Staaten in die Rezession zu treiben, muss doch eine neue, besonders schwere Infektionskrankheit niet- und nagelfest nachgewiesen worden sein, oder? Wäre dies nicht der Fall, wäre das, was Politik und Medien in den letzten Wochen und Monaten veranstalteten, ein Skandal mit kaum fassbarer Tragweite. Wenn COVID-19 weit harmloser wäre, als von WHO & Co. verlautbart, dann hätte man die Welt grundlos ins Unglück gestürzt. Ist das der Fall? Wir prüfen es nach.

4

Lobbyismus

Corona: Wer führt uns durch die «Krise»? 4

Ist die Glaubwürdigkeit von Organisationen und Personen wie der WHO, dem Robert Koch Institut, Christian Drosten, Bill Gates & Co. gross genug, um ihnen unser Vertrauen zu schenken?

Gesundheit

Ist «SARS-CoV-2» ein neues, gefährliches Virus? 22

Wurde ein gefährliches und ansteckendes Virus wissenschaftlich sauber nachgewiesen? Das sollte man doch schwer annehmen, wenn deshalb auf der ganzen Welt Bürgerrechte beschnitten werden und die Wirtschaft abgewürgt wird. Wir prüfen es nach.

Wie tödlich ist das «Corona-Virus»? 24

Erstaunlich: Laut vielen hochrenommierten Experten ist «COVID-19» in etwa mit der Grippe vergleichbar.

Gretchenfrage: Verstorben «mit» oder «an» COVID-19? 32

Die vermeintlichen «Corona-Toten» hatten europaweit ein Durchschnittsalter von ca. 80 Jahren und meist zwei oder drei Vorerkrankungen. Wird hier normales Sterbeverhalten nicht einfach zu «Corona-Todesfällen» umgedeutet?

Machen die Massnahmen krank? 40

Wird die Gesundheit der breiten Bevölkerung durch die vermeintlichen Corona-Gegenmassnahmen wirklich effektiv geschützt?

Eine reine Test-Epidemie? 52

Der bei «SARS-CoV-2» normalerweise angewandte «PCR-Test» wird von vielen Ärzten und Wissenschaftlern grundsätzlich in Frage gestellt. Es liegt es nahe, dass die Corona-Zahlen einfach nur steigen, weil mehr getestet wird.

SARS: Corona-Virus erster Akt 66

Bereits der ersten medial breitgetretenen «Corona-Virus-Pandemie» im Jahr 2003 mangelte es an Fakten und Beweisen.

Was ist dran an der «Spanischen Grippe»? 70

Heute, zu Corona-Zeiten, erlangt die «Spanische Grippe» neue Bedeutung, da sie als typisches Beispiel und Mahnmal dafür angeführt wird, dass Virus-Pandemien jederzeit Millionen von Menschen dahinraffen können. Doch ist das Narrativ einer tödlichen Virus-Krankheit im Jahr 1918 wirklich zutreffend?

Fachleute kritisieren die Massnahmen weltweit 75

Zur vermeintlichen Bekämpfung von Corona kam es zu staatlichen Einschränkungen in globalem, bisher nicht gekanntem Ausmass. Viele Experten widersprechen und halten die Massnahmen für nicht annähernd verhältnismässig.

Verlag InfoXpress GmbH, Hohestr. 130, CH-4104 Oberwil
Herausgeber André Barmettler
Kontakt Tel +41 61 511 45 08 / info@expresszeitung.com
Website www.expresszeitung.com
Erscheinung 8 x jährlich im Abonnement
Abo-Preis Schweiz: SFr 69.- / EU: EUR 59.-
Bestellung https://shop.expresszeitung.com
abo@expresszeitung.com

Redaktion Tilman Knechtel *(tk)* / André Barmettler *(ab)*
redaktion@expresszeitung.com
Gerhard Wisnewski *(gw)*, Alexander Schnarf *(as)*, Hans Tolzin *(ht)*
Satz/Layout Elementi Studio
Logistik Zehnder Druckerei, CH-9500 Wil
Fotos Sofern nicht vermerkt: commons.wikimedia.org
Cover-Bild Götz Wiedenroth, www.wiedenroth-karikatur.de
Nächste Ausgabe Juni 2020

Corona: Wer führt

Auf einen Blick

- **Die Glaubwürdigkeit der Organisationen und Personen, die uns mit Informationen zum «Corona-Virus» versorgen und zu dessen «Bekämpfung» Massnahmen durchsetzen, ist nicht gross genug, um ihnen unser Vertrauen zu schenken.**
- **Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist fremdgesteuert: Laut ZEIT ist «Der heimliche WHO-Chef» Bill Gates. In der Vergangenheit fiel sie durch grundlose Panikmache auf, von der vor allem mit ihr vernetzte Pharmaunternehmen profitierten. Ihr heutiger Chef war einst Mitglied eines marxistischen Terrorregimes.**
- **Weitere Akteure, die im Mittelpunkt der sogenannten «Corona-Krise» stehen, sind u.a.: US-Gesundheitsminister Alex Azar (zuvor Präsident eines Pharmaunternehmens), der BRD-Gesundheitsminister Jens Spahn (ein ehemaliger Pharmalobbyist), die deutsche Seuchenbehörde RKI (verstrickt mit der Pharmaindustrie) und viele mehr. Nicht gerade das, was man als «unabhängig» und «glaubwürdig» bezeichnen würde.**
- **Bereits während «Vogel- und Schweinegrippe» sind die von WHO, Politik und Medien prophezeiten Schreckensszenarien nicht eingetroffen. Es gibt wenig Grund zur Annahme, im Falle von Corona sei jetzt alles anders.**

Die Angst vor Corona hat die Welt fest im Griff. Regierungen überschlagen sich förmlich, was die Etablierung einschränkender Massnahmen angeht. Wobei inzwischen jedem klar sein dürfte, dass die Konsequenzen dieser Massnahmen für die Weltwirtschaft absolut verheerend sein werden. Da stellt sich zuerst die Frage, ob die Institutionen und Personen, die diese Massnahmen angeordnet haben und durchführen, auch in der Vergangenheit verlässlich und kompetent gearbeitet haben. Sind diejenigen, auf die wir uns heute verlassen und deren Empfehlungen/Befehlen wir folgen, vertrauenswürdige Quellen? Es folgt ein kleiner Rückblick, denn wer nichts aus der Vergangenheit lernt, ist dazu verdammt, sie zu wiederholen.

uns durch die «Krise»?

Wie vertrauenswürdig ist die WHO?

Wenn irgendwo auf der Welt Krankheiten ausbrechen, ist sie gefragt: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die auch bei Corona die Zügel als globaler Befehlskörper in der Hand hält. In Genf, in der Schweiz, hat die WHO ihren Hauptsitz. 194 Staaten sind Mitglied der UN-Sonderorganisation. Über 7000 Menschen arbeiten weltweit für sie. Am 11. März 2020 erklärte sie Corona offiziell zu einer Pandemie. Kritiker werfen der WHO jedoch vor, oft zugunsten der Pharmaindustrie und weniger zum Wohl der Menschheit zu handeln. Die Organisation hänge zu sehr von privaten Spendern ab. Was ist dran an diesen Vorwürfen?

World Health Organization

DIE ZEIT

Die ZEIT: «Der heimliche WHO-Chef heisst Bill Gates»

Wussten Sie, dass die Agenda der WHO längst von einem Superreichen vorgegeben wird? Das behaupteten die deutsche Zeitung ZEIT und der Sender ARTE in seiner Dokumentation «Die WHO: Im Griff der Lobbyisten». Rund zwei Milliarden Dollar hat die WHO pro Jahr zur Verfügung. Nicht viel mehr als ein grosses Krankenhaus. Die 194 Mitgliedsländer zahlen Pflichtbeiträge. Die WHO kann frei entscheiden, was sie damit macht. Doch das ist nicht mal ein Viertel des Gesamtbudgets. Der Grossteil besteht aus Spenden von finanzstarken Ländern wie den USA, Grossbritannien oder Japan, aber kommt auch von Stiftungen und anderen Organisationen. Ganz vorne mit dabei: Die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung als zweitgrösster Geldgeber der WHO hinter den USA. Die von Gates aufgebaute Impfallianz GAVI (siehe S.7 f.) ist bei den Geldgebern an vierter Stelle.

«Das Überleben der Menschheit hängt von dieser Organisation ab. Wir sind darauf angewiesen, dass sie optimal funktioniert, aber das ist ganz und gar nicht der Fall.»

Corinne Lepage, ehemalige französische Umweltministerin über die WHO

Quelle: youtube.com, Die WHO - Im Griff der Lobbyisten - Doku HD, 14.03.2018

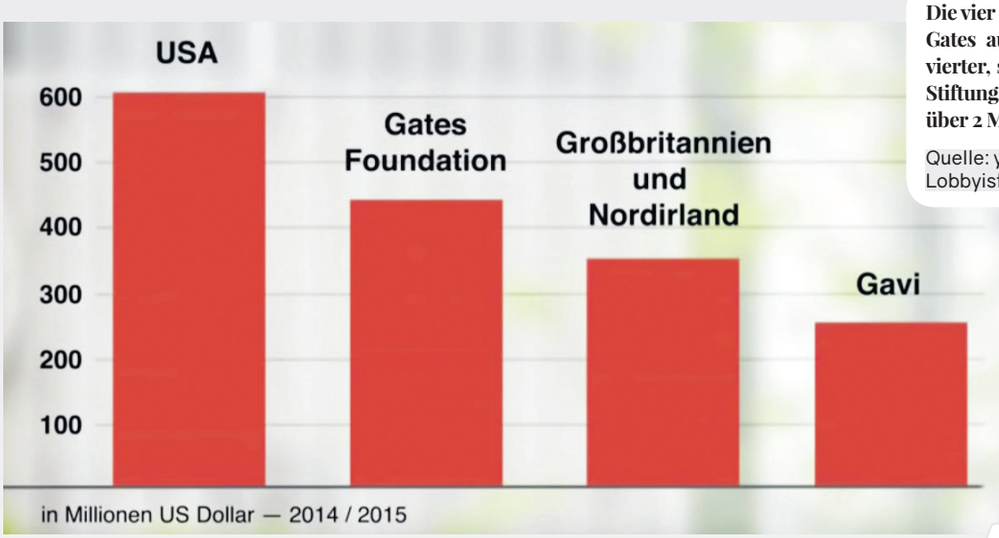
Deshalb kommt die deutsche Wochenzeitung ZEIT zu dem Schluss: «Der heimliche WHO-Chef heisst Bill Gates», so der Titel eines Artikels. «Die wichtigste Organisation der Weltgesundheit, die WHO, hat ein Problem: Sie ist pleite und deshalb auf Spenden angewiesen. Verliert sie darüber ihre Unabhängigkeit?» David McCoy, einer der führenden Experten im Bereich Weltgesundheit, wird von der ZEIT als Experte herangezogen. Er sagt, die Agenda der WHO werde immer mehr von privaten Spendern bestimmt, vor allem von Bill Gates. Würde die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung aufhören, jährlich Millionen US-Dollar nach Genf zu schicken, würde die WHO womöglich in sich zusammenfallen. Entsprechend grossen Einfluss habe der Milliardär auf das inhaltliche Programm.

Was sagt das über die Glaubwürdigkeit der WHO, wenn einer der reichsten Menschen der Welt sie anscheinend als sein persönliches Werkzeug einsetzen kann? Aus Gates´ Steuererklärung von 2014 gehen übrigens Investitionen in Pharmaunternehmen wie Novartis und Glaxosmithkline klar hervor. Wenn die WHO den UN-Staaten empfiehlt, Medikamente und Impfstoffe einzukaufen (siehe S.14 ff.), wird demnach auch der schon prall gefüllte Geldbeutel von Bill Gates noch etwas dicker. Sollte man die empfohlenen Massnahmen dieser laut ZEIT fremdgesteuerten Behörde nicht mit höchster Vorsicht geniessen? ***(tk)***

Quellen:

youtube.com, Die WHO - Im Griff der Lobbyisten - Doku HD, 14.03.2018

zeit.de, Der heimliche WHO-Chef heisst Bill Gates, 04.04.2017



Die vier grössten Spender der WHO. Die von Gates aufgebaute Impfallianz GAVI ist an vierter, seine Stiftung an zweiter Stelle. Die Stiftung spendete seit Ende der 90er-Jahre über 2 Milliarden US-Dollar.

Quelle: youtube.com, Die WHO - Im Griff der Lobbyisten - Doku HD, 14.03.2018

«Wenn Bill Gates morgen sagen würde, er würde lieber Bildung unterstützen oder vielleicht ganz was anderes, [...] dann würde die WHO in sich zusammenbrechen. Diese Entscheidungskompetenz liegt bei einem einzigen Menschen inzwischen. Und das ist Ausdruck von feudalen Strukturen.»

Thomas Gebauer, ehemaliger Geschäftsführer der Menschenrechtsorganisation medico International

Quelle: youtube.com, Die WHO - Im Griff der Lobbyisten - Doku HD, 14.03.2018

«Die WHO ist seit Jahrzehnten unterfinanziert. Und ein grosses Problem ist: Die WHO wird zu einem sehr grossen Teil von einem einzigen Menschen finanziert, von Bill Gates.»

Dr. David McCoy, Arzt und Experte des öffentlichen Gesundheitswesens

Quelle: youtube.com, Die WHO - Im Griff der Lobbyisten - Doku HD, 14.03.2018

«Wenn Sie auf der Strasse fragen würden: ‹Wie fänden Sie es, wenn die WHO von einer Fluglinie oder von einem Junkfood-Hersteller oder einem ähnlichen Unternehmen finanziert würde? Würden Sie sich sicher fühlen, wenn die WHO so etwas macht?› Wahrscheinlich wäre dieser Gedanke für die Menschen schockierend, aber das ist genau das, was zur Zeit passiert.»

Patti Rundall, Internationales Aktionsnetzwerk Säuglingsnahrung

Quelle: youtube.com, Die WHO - Im Griff der Lobbyisten - Doku HD, 14.03.2018

«Man spendet nicht nur einfach Geld, sondern man platziert auch Mitarbeiter. Das ist sehr beunruhigend, denn das kann bedeuten, dass die WHO von ihren Geldgebern gesteuert wird. Nicht nur dadurch, dass sie Geld bekommt. Sondern auch dadurch, dass sie deren Personal übernimmt und ihnen erlaubt, das Programm zu managen.»

K. M. Gopakumar von der NGO Third World Network

Quelle: youtube.com, Die WHO - Im Griff der Lobbyisten - Doku HD, 14.03.2018

«Wenn ein privater Stifter mehr Geld gibt als Deutschland, mehr als England, mehr als die USA, kann man davon ausgehen, dass er Einfluss hat. Es ist naiv zu denken, dass das nicht so wäre. Die meisten verstehen nicht, was das bedeutet und welche Ziele die Gates-Stiftung hat. Man muss sich klarmachen, dass die Gates-Leute nicht einfach so, völlig unbedacht, daherkommen. Sie haben einen genauen Plan, von dem, was sie tun wollen.»

James Love von der NGO Knowledge Ecology International

Quelle: youtube.com, Die WHO - Im Griff der Lobbyisten - Doku HD, 14.03.2018

«Wir kennen die Zusammensetzung der Expertenkommissionen in den zuständigen Gremien, bis in die Weltgesundheitsorganisation hinein. Und hier sitzen überall Hersteller mit am Tisch. [...] Wir kritisieren potenzielle Interessenskonflikte, denn wenn die finanzielle Abhängigkeit der entsprechenden Experten oder der Zulassungsbehörden von den Herstellern von Impfstoffen so gegeben ist, wie es hier den Anschein hat, dann ist die Entscheidungsfindung solcher Zulassungsbehörden oder Gremien zumindest potenziell im Sinne der Hersteller verändert.»

Dr. Angela Spelsberg vom Verein Transparency International während der «Schweinegrippe» 2009

Quelle: youtube.com, Plusminus: So geht Lobby - Das Geschäft mit der Schweinegrippe, 19.03.2010

«Es gibt eine Reihe von Leuten, die in der Pharmaindustrie gearbeitet haben und die Denke der Pharmaindustrie in die WHO übertragen haben. Und zwar so, dass sie auch darauf achten, dass die Entscheidungen der WHO pharmafreundlich sind.»

Prof. Peter Schönhöfer, Pharmakologe

Quelle: youtube.com, Doku | Profiteure der Angst - arte 2009, 27.03.2020

Bill Gates´ Projekt GAVI: So kassieren Impfhersteller Milliarden vom Steuerzahler

Allein bei der GAVI-Geberkonferenz Anfang 2015 in Berlin sammelte GAVI von westlichen Staaten und der Gates-Stiftung ca. 7 Milliarden Dollar für Impfungen ein.

Bereits 1999 initiierte Bill Gates mit einer Spende von 750 Millionen US-Dollar die Gründung der Impfallianz GAVI (Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung) – eine öffentlich-private Partnerschaft, an der unter anderem die WHO, Unicef, die Gates-Stiftung und die Pharmaindustrie beteiligt sind. Das Ziel: Kinder in Entwicklungsländern zu impfen. «Zufällig» hat diese Impfallianz ihren Sitz in Genf, direkt neben der WHO. GAVI macht auch kein Geheimnis daraus, dass die WHO ein Mitgründer der Allianz war und heute in die Tätigkeiten von GAVI miteingebunden ist. Die Bezeichnung «WHO-Unterorganisation» ist für GAVI nicht unpassend.

Was passiert bei GAVI genau? Einfach gesagt: Staaten kaufen hier den Impfstoffherstellern ihre Impfungen ab. Zudem kaufen die wohlhabenderen westlichen Staaten für ärmere Länder Impfungen ein. Die Impfungen in der Dritten Welt werden also vom Westen querfinanziert. Hier gibt allein Deutschland inzwischen hunderte Millionen aus:

«Deutschland ist seit 2006 GAVI-Geberland. Anfangs lagen die Finanzierungszusagen bei 4 Millionen Euro pro Jahr. Seitdem hat Deutschland seine jährlichen Zusagen kontinuierlich erhöht; im Jahr 2012 betrugen sie 30 Millionen Euro. Im Januar 2015 richtete Deutschland – unter der Schirmherrschaft von Bundeskanzlerin Angela Merkel – die GAVI-Geberkonferenz in Berlin aus. Verschiedene Nichtregierungsorganisationen forderten im Vorfeld der Kon-

➔

ferenz, dass die deutschen Zusagen auf 100 Millionen Euro jährlich erhöht werden sollen. In ihrer Rede auf der Konferenz kündigte Bundeskanzlerin Merkel an, die Unterstützung bis 2020 auf 600 Millionen Euro erhöhen zu wollen.»

An die Dritte Welt verkaufen die Pharmakonzerne ihre Impfungen zwar billiger als beispielsweise an Deutschland, Gewinne machen sie wohl trotzdem:

«Glaxosmithkline entsandte als Partner bis 2011 einen Vertreter in den Vorstand von GAVI. Kritiker bemängeln, dass die Preise für die Impfstoffdosen niedriger sein könnten. [...] Ärzte ohne Grenzen und Oxfam kritisieren den Einfluss der Industrie bei GAVI. Sie fordern transparente Preiskalkulation und öffentlich finanzierte Forschung.»

Neben der Gates-Stiftung, den USA und Grossbritannien ist GAVI laut der ARTE-Dokumenation «Die WHO – Im Griff der Lobbyisten» der viertstärkste Geldgeber der WHO. Der zweitstärkste sei die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung. Damit ist Bill Gates («Der heimliche WHO-Chef» laut ZEIT, siehe S.5) auf mehreren Wegen in die Finanzierung der Organisation eingebunden. ***(tk)***

Quellen:

de.wikipedia.org; Gavi, die Impfallianz
youtube.com, Die WHO - Im Griff der Lobbyisten - Doku HD, 14.03.2018

CEPI: So beteiligt sich Bill Gates am Corona-Impfwettrennen

«Alle 193 Mitgliedstaaten der WHO müssen in dieser Dekade Impfungen zu der höchsten Priorität in ihren Gesundheitssystemen machen, so dass alle Kinder mit den alten und neuen Medikamenten geimpft werden können. [...] Am Ende dieses Jahrzehnts sollte jedes Land ein Versorgungssystem haben, um sicherzustellen, dass die Impfungen rausgehen an jedes Kind der Welt.»

Bill Gates 2011 vor der WHO-Weltgesundheitsversammlung in Genf

Quelle: WHO, Address by Mr Bill Gates to the Sixty-fourth World Health Assembly Geneva, 17.05.2011

Über die Organisation CEPI (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations, Koalition für Innovationen in der Epidemievorbeugung), bei der Bill Gates als Gründer genannt wird, erfahren wir auf der deutschen Wikipedia:

«Die Ebolafieber-Epidemie 2014 hat die Weltgemeinschaft weitgehend unvorbereitet getroffen, und die Entwicklung von drei Impfstoffen kam zu spät und war nicht ausreichend. [...] Aus der Einsicht, dass eine zügige Impfstoff-Entwicklung globale Epidemien abwenden kann, wurde die Forderung nach einem effizienten weltweiten System laut, das auf die Forschung und Entwicklung neuer Impfstoffe vorbereitet ist. Durch solche Plattformen soll die Entwicklungszeit verkürzt werden, sollen klinische Studien schneller lanciert werden und die Impfstoffherstellung beschleunigt werden.»

Was hier in blumigen Worten beschrieben wird, ist die indirekte Forderung nach einem beschleunigten Zulassungsverfahren, das bereits 2009 bei manchen Medikamenten gegen die vermeintliche Schweinegrippe angewandt wurde (Arepanrix und Humenza). Bei CEPI geht es also vor allem darum, Impfstoffe schnell zu entwickeln und sie schnell durch die Zulassung zu schleusen. Genau wie bei GAVI (siehe) handelt es sich

bei CEPI auch um eine öffentlich-private Partnerschaft zwischen Regierungen, der WHO, der EU-Kommission, Forschungseinrichtungen, der Impfstoff-Industrie und privater Geldgeber, u.a. der Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung.[1]

Wie bei CEPI Steuergeld eingesetzt wird, um private Projekte zu finanzieren, sieht man momentan bei der verlautbarten «Corona-Krise». CEPI ist Teil des Wettrennens um den neuen Corona-Impfstoff, der möglicherweise auch im Schnellverfahren zugelassen werden könnte. Normalerweise dauert die Zulassung eines Impfstoffs mindestens eineinhalb Jahre, aber CEPI fordert, dass man hier Ausnahmen schafft, wenn es zu einem Ausnahmezustand wie einer grossen Pandemie kommt. Der wäre jetzt gegeben, wenn man dem offiziellen Narrativ zu Corona Glauben schenkt. So hiess es Mitte März 2020 auf der Webseite des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zum Corona-Impfwettrennen:

«Wir werden die internationale Impfstoff-Initiative CEPI mit 140 Millionen Euro zusätzlich unterstützen. CEPI hat bereits weltweit sechs Institute mit der Impfstoffentwicklung beauftragt – darunter auch die deutsche Biotech-Firma CureVac. Mit dem Geld tragen wir dazu bei, dass die Forschung fortgesetzt werden kann.»[2]

Hier kommen demnach allein aus Deutschland über 100 Millionen Euro an Steuergeldern für CEPI zusammen.

Foto: Shutterstock/SmallWorldProduction

Das Hauptquartier von CureVac in Tübingen. Die Forschungen der Pharmafirma an einem Corona-Impfstoff werden u.a. von Bill Gates und der deutschen Bundesregierung mitgetragen.

Überschrift aus dem Online-Portal der Schweizer Zeitung Blick vom 06.04.2020. Es klingt wie eine Drohung. Man könnte Gates' Worte nämlich auch so verstehen: Wenn ihr euch nicht impfen lasst, kriegt ihr eure Freiheit nicht zurück.

Dramatische Warnung von Bill Gates

Ohne Corona-Impfung keine Rückkehr zu normalem Leben

Die Corona-Krise kann sich nach Ansicht von Bill Gates (64) erst dann wieder völlig normalisieren, wenn es für alle Menschen auf der Welt einen Impfstoff gegen das neuartige Virus gibt. Gates fordert den Bau von Impfstoff-Fabriken.

CureVac: Tarnung für Gates und Big Pharma?

Teil von CEPI und deshalb indirekt an diesen Geldern beteiligt ist die Tübinger Pharmafirma CureVac. Sie erhielt bereits Dutzende Millionen US-Dollar von CEPI, und jetzt kommen im Rahmen der eben genannten Unterstützung der deutschen Regierung nochmal rund 8 Millionen zur Entwicklung des Corona-Impfstoffs dazu. Die besten Geschäfte macht man immer noch mit dem Staat. Auf Wikipedia heisst es zu CureVac:

«Im Februar 2015 wurde die Bill & Melinda Gates Foundation als neuer Investor gewonnen und im Oktober 2015 wurde ein Private Placement mit fünf weiteren Investoren (Baillie Gifford, Chartwave Ltd., Coppel Familie, Northview und Sigma Group) und einem Volumen von 98,7 Mio. EUR durchgeführt. 2017 erfolgte eine weitere Kapitalerhöhung unter Beteiligung des US-Pharmakonzerns Eli Lilly & Co. in Höhe von 45,0 Mio. EUR. Seit ihrer Gründung im Jahr 2000 hat die CureVac über die Ausgabe von Anteilen Finanzmittel in Höhe von über 360 Mio. EUR eingeworben.»[3]

In anderen Worten: Durch seine Anteilseigner ist CureVac wohl alles andere als unabhängig. Wo Tübingen draufsteht, stecken vielmehr internationale Investoren, Pharmakonzerne und mal wieder Bill Gates drin. Anzunehmen, dass dies bei den meisten anderen Forschungen zu Corona ähnlich aussieht.

Auch auf anderen Wegen ist Bill Gates in das Wettrennen um den ersten Corona-Impfstoff involviert. Die US-Pharmafirma Inovio erhielt z.B. 5 Millionen Dollar von der Gates-Stiftung, um eine Impfung gegen Corona zu entwickeln.[4] Insgesamt sieben Corona-Impfstoff-Forschungen werden von Bill Gates mitfinanziert.[5] ***(tk)***

«Es passieren auch einige gute Dinge. Die Arbeit an einem Impfstoff [...] geht im Eiltempo voran. Unsere Stiftung finanziert das. Die Impfungen sollen rausgehen an jeden Menschen der Welt. Auf lange Sicht ist das am wichtigsten.»

Bill Gates am 26.03.2020 im Interview mit CNN über Corona

Quelle: youtube.com, Bill Gates makes a prediction about when coronavirus cases will peak, 26.03.2020

Quellen:

1. de.wikipedia.org, Coalition for Epidemic Preparedness Innovations
2. bmbf.de, Karliczek: Wir bauen Mittel zur Forschung am Coronavirus erheblich aus, 11.03.2020
3. de.wikipedia.org, Curevac
4. marketwatch.com, Inovio gets $5 million grant from Gates Foundation to fund testing of device for delivering COVID-19 vaccine, 12.03.2020
5. wsj.com, Bill Gates to Spend Billions on Coronavirus Vaccine Development, 05.04.2020

Mitglied eines marxistischen Terrorregimes heute WHO-Chef

WHO-Chef Tedros und Bill Gates beim Malaria-Gipfel 2018 in London.

Wer hat heute in Zeiten von Corona-Panik den vielleicht wichtigsten Job der Welt? Der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist der Afrikaner Tedros Adhanom. Er war Teil des Politbüros der marxistisch-leninistischen «Volksbefreiungsfront von Tigray» (TPLF). [1] Diese Organisation ist heute als Partei die beherrschende Kraft in der Äthiopien regierenden Koalition «Revolutionäre Demokratische Front der Äthiopischen Völker».

Die TPLF wurde in den 90ern von der US-Regierung als Terrororganisation gelistet (2) und wird von der Terrordatenbank «Global Terrorism Database» (GTD) der Universität Maryland immer noch als Terrororganisation geführt. Hier werden weiterhin bewaffnete Angriffe der TPLF in ländlichen Gebieten registriert, auch in jüngster Zeit. [3]

Sie machte sich seit ihrer Machtergreifung 1991 zahlreicher Menschenrechtsverletzungen schuldig. 2005 wurde der heutige WHO-Chef Tedros Adhanom Gesundheitsminister in der TPLF-Regierung, 2012 nahm er das Amt des Aussenministers an. U.a. wurden während Tedros´ Amtszeit ca. 500 regierungskritische Demonstranten in der Oromia Region von Polizeikräften erschossen. [4] Im Freiheitsindex (Human Freedom Index) 2017 des Cato-Instituts ist Äthiopien auf den hintersten Rängen (Platz 146 von 159). [5]

Bekannt ist Tedros auch für seine Lobeshymnen auf die kommunistische Diktatur in China. China hat in Äthiopien Milliarden investiert, so wurden z.B. 70% der Strassen von China gebaut. Und Tedros scheint China als ein Modell für die Entwicklung seines Landes zu sehen. Kein Wunder, als langjähriges Mitglied einer marxistischen Terrororganisation/-partei.

Welch Geistes Kind er ist, zeigte Tedros auch mit seiner Entscheidung, den langjährigen Präsidenten von Simbabwe, Robert Mugabe, 2017 zum «Botschafter des guten Willens» für die WHO zu ernennen. Mugabe (2019 verstorben) war ein brutaler Diktator und Massenmörder. Erst nach massiven Protesten musste Tedros seine Entscheidung rückgängig machen. [6]

Das Mitglied einer marxistischen Partei, das einem gewaltsamen Regime diente, welches Unschuldige ermordete, Journalisten und Dissidenten verfolgte, ist jetzt das Oberhaupt der WHO. Kann man den Worten dieses Mannes im Fall Corona Glauben schenken? ***(tk)***

Quellen:

1. bbc.com, Tedros Adhanom Ghebreyesus: The Ethiopian at the heart of the coronavirus fight, 04.03.2020
2. uscis.gov, Policy Memorandum, 15.06.2014
3. start.umd.edu, Tigray Peoples Liberation Front TPLF
4. en.wikipedia.org, 2016 Ethiopian protests
5. cato.org, The Human Freedom Index 2017
6. welt.de, Mugabe als «Botschafter des guten Willens»? WHO rudert zurück, 22.10.2017

Offizieller WHO-Chef Tedros Adhanom
Vorher Mitglied eines marxistischen Terrorregimes

Bill Gates, laut ZEIT «Der heimliche WHO-Chef»
Multimilliardär mit Investitionen in Pharmaunternehmen

Pharmaunternehmen (siehe S. 14 ff.)
Seit Jahren nachweislich mit der WHO verstrickt

World Health Organization

Sachliche und gewissenhafte Entscheidungsfindung?

US-Gesundheitsminister zuvor ein hohes Tier in der Pharmaindustrie

Die Berichte der US-Seuchenbehörde CDC werden oft direkt von der WHO übernommen. Ihr Wort gilt mehr als das jeder anderen Seuchenbehörde der Welt, auch bei Corona. Seit Jahren sind die beiden Organisationen sehr eng vernetzt. Das liegt u.a. daran, dass die USA der Hauptgeldgeber der WHO ist. Zudem bestehen zahlreiche personelle Verflechtungen. Die CDC untersteht dem Gesundheitsministerium der Vereinigten Staaten. Momentan wird dieses geführt von Alex Azar. Der war von 2012 bis 2017 Präsident von Lilly USA, einer Tochtergesellschaft des globalen Pharmaunternehmens Eli Lilly and Company. ***(tk)***

Quelle: en.wikipedia.org, Alex Azar

Gesundheitsminister Jens Spahn: Ein Pharmalobbyist?

Foto: Olaf Kosinsky / Wikipedia

Jens Spahn stellte als Bundestagsabgeordneter schon in sehr jungen Jahren seine Dienste einer Lobbyfirma zur Verfügung, an der er zudem beteiligt war. Er war ein Pharmalobbyist! Wie kommt es, dass ausgerechnet er zum Gesundheitsminister Deutschlands wurde? Sollten nicht eigentlich die besten der besten, die ehrlichsten der ehrlichsten und die am wenigsten in Lobbyismus verstrickten Personen diese Ämter übernehmen?

Wer ist eigentlich Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU)? Spahn sei nur «im Nebenjob Abgeordneter», schrieb das Magazin Focus [1] schon am 4. Dezember 2012, als Spahn noch nicht Gesundheitsminister war. Und: «Der 32-jährige Politologe, der vielen in der CDU schon als kommender Gesundheitsminister gilt, verdiente über ein diskretes Firmenkonstrukt heimlich an intensiver Lobbyarbeit für die Gesundheitsindustrie.» Siehe da! «Mit seinen Freunden Markus Jasper und Max Müller gründete Spahn bereits im April 2006 eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR). Der gehörte die Agentur Politas, die schwerpunktmässig Klienten aus dem Medizin- und Pharmasektor berät. Jasper, 38, ist ein Vertrauter Spahns aus Jugendtagen bei der Jungen Union. Müller ist ein gut verdrahteter Lobbyist, der für den Pharmagrosshändler Celesio und für die Rhön-Kliniken tätig war.» Später wurde Müller Vorstand der Online-Apotheke DocMorris. [2]

Als Politiker entwickelte Spahn also «die neuesten Gesetze und Reformen im Gesundheitsbereich, während sein Kompagnon Müller die Kunden aus der Gesundheitsbranche in Echtzeit hätte informieren und beraten können. [...] Dass Volksvertreter Spahn sein Mandat als Gesundheitspolitiker profitabel für Beratungshonorare aus der Gesundheitsindustrie einsetzte, war ihm offenkundig bewusst, denn er verschleierte seine Beteiligung an der Lobbyfirma», schrieb Focus. Nicht doch: «Einen Interessenkonflikt hat es zu keinem Zeitpunkt gegeben», wird Spahn von dem Magazin zitiert. Focus widersprach: «Das ist schwer zu glauben. Seit 2003 kümmerte sich Spahn an wichtigen Stellen im Parlament um Gesundheitspolitik.» Im Mai 2010 will Spahn seine Politas-Anteile zwar verkauft haben: «Er habe den Eindruck eines möglichen Interessenkonflikts vermeiden wollen, lautet die Begründung.» Wer nachhakte, schaute jedoch in die Röhre: «Spahn schickte uns damals eine Stellungnahme zu dem Focus-Artikel zu», schrieb der Verein Lobby Control, «aber die Stellungnahme liess wichtige Fragen offen. Wir haben Spahn eine Reihe von Nachfragen geschickt – aber bis heute keine Antwort erhalten». [3] ***(gw/tk)***

Quellen:

1. focus.de, Im Nebenjob Abgeordneter, Nr. 48 (2012)
2. DAZ.online, 19.06.2019
3. lobbycontrol.de, Ein Abgeordneter mit Lobbyagentur - Jens Spahn antwortet nicht, 24.01.2013

Das Robert Koch Institut (RKI): Verbindungen zur Pharmaindustrie

Das Robert Koch Institut (RKI) ist die deutsche Bundesoberbehörde für Infektionskrankheiten. Nie lag grössere Aufmerksamkeit auf der Institution als im Jahr 2020. Die Aussagen aus den täglichen Pressekonferenzen laufen über alle Sender, die Bundesregierung arbeitet mit den Empfehlungen der angeblichen Seuchenexperten. Verstrickungen mit Pharmakonzernen erregen allerdings Misstrauen. Kann man sich auf die Einschätzungen des RKI verlassen?

ROBERT KOCH INSTITUT

STIKO des RKI: «Impfanweisungen aus der Pharmaindustrie?», fragte die Welt

WELT

Teil des Robert Koch Instituts (RKI) ist die Ständige Impfkommission, abgekürzt STIKO. Die STIKO besteht aus 16 ehrenamtlichen Experten, die vom Bundesministerium für Gesundheit berufen werden. Sie ist für die Impfempfehlungen zuständig. Die Impfempfehlungen beschreiben beispielsweise empfohlene Basisimpfungen, Nachholimpfungen, Kostenübernahmen, Risikogruppen oder Impfungen für spezielle Berufsgruppen. Diese Empfehlungen finden dann ihren Weg in den jährlich neu erscheinenden Impfkalender, der die von der STIKO vorgegebenen Standardimpfungen auflistet. Viele Ärzte und Eltern richten ihre Impfentscheidungen nach den Empfehlungen des Impfkalenders. Seit 2007 müssen die von der STIKO empfohlenen Impfungen nach Bestätigung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Krankenkassen automatisch von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Damit hat das Gremium einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Kosten des Gesundheitssystems und auf den Umsatz von pharmazeutischen Produkten.

Leider ist die STIKO in der Vergangenheit auch negativ durch ihre Verstrickungen mit der Pharmaindustrie aufgefallen: Darüber berichtete 2008 sogar die Online-Ausgabe der Zeitung Welt. Der Titel des Artikels: «Impfanweisungen aus der Pharmaindustrie?» Die Welt zitierte das pharmakritische Arznei-Telegramm: «Verquickungen mit der Industrie lassen sich bei fast allen Kommissionsmitgliedern feststellen.» Gegenüber der Welt gestand der STIKO-Vorsitzende Ulrich Heininger: «Wir haben in der STIKO fast alle Kontakte zur Pharmaindustrie, vor allem im akademischen Bereich ist das üblich. Die Forschung findet ja auch gemeinsam mit der Industrie statt, das ist so gewollt und gewünscht, es gibt bei uns keine staatliche Impfstoffproduktion.»

Weitere Verbindungen aus dem Welt-Artikel:

- «STIKO-Mitglied Professor Fred Zepp, Direktor der Universitätskinderklinik Mainz. Er steht der Website www.gesundes-kind.de als Berater zur Seite. Zepps Mainzer Klinikkollege Markus Knuf gibt dort Tipps rund ums Impfen. In einem ‹Vorwort› erklärt Zepp, dass ‹die finanziellen Mittel für das Projekt von der Firma GSK (GlaxoSmithKline, Anm. d. Red.) bereitgestellt› werden.»
- «Der langjährige STIKO-Vorsitzende Professor Heinz-Josef Schmitt habe [laut dem Arzt und Apotheker Wolfgang Becker-Brüser] im Juni 2006 einen mit 10.000 Euro dotierten Preis ‹zur Förderung des Impfgedankens› vom Impfstoffhersteller Sanofi Pasteur MSD erhalten. Die Firma produziert den HPV-Impfstoff Gardasil, dessen Zulassung im Oktober 2006 erfolgte und den die STIKO bereits im März 2007 als Regelimpfung für junge Mädchen empfahl. ‹Den Todesstoss für die Glaubwürdigkeit der STIKO gab Schmitt, als er anschliessend die Kommission vorzeitig verliess und jetzt beim Impfstoffhersteller Novartis Vaccines in Lohn und Brot steht›, schimpft Becker-Brüser.» [1]

Auch die ARTE-Dokumentation «Profiteure der Angst» stellte fest: «[Die Ständige Impfkommission (STIKO) des Robert Koch Instituts] empfiehlt, welche Impfungen sinnvoll sind und von den Kranken-

kassen bezahlt werden müssen. Die Kommissionsmitglieder sind Mediziner, deren Projekte zum Teil von der Pharmaindustrie finanziert werden. [...] Auf den Internetseiten des Robert Koch Instituts geben die Mitglieder der Kommission in der Tat an, welche Beziehungen sie zur Pharmaindustrie haben. Bei fast allen Medizinern finden sich Verbindungen, die zu Interessenskonflikten führen könnten.» [2] ***(tk)***

Quellen:

1. welt.de, Impfanweisungen aus der Pharmaindustrie?, 14.02.2008
2. youtube.com, Doku | Profiteure der Angst - arte 2009, 27.03.2020

«Wir haben in der STIKO fast alle Kontakte zur Pharmaindustrie, vor allem im akademischen Bereich ist das üblich. Die Forschung findet ja auch gemeinsam mit der Industrie statt, das ist so gewollt und gewünscht, es gibt bei uns keine staatliche Impfstoffproduktion.»

Ulrich Heininger, ehemaliger STIKO-Vorsitzender

Gegen «Kontakte» der Behörden zu Pharmaherstellern ist nichts einzuwenden. Etwas völlig anderes ist der finanzielle Einfluss der Pharmaproduzenten auf die Entscheidungsfindung eines staatlichen Kontrollorgans, das dem Schutz der Allgemeinheit dienen soll. Heiningers Statement verdreht die Fakten!

Quelle: welt.de, Impfanweisungen aus der Pharmaindustrie?, 14.02.2008

«Arbeitsgemeinschaft Influenza» (AGI) des RKI:

Von der Pharmaindustrie gegründet

Arbeitsgemeinschaft Influenza

Ein weiteres Beispiel für die Unterwanderung des RKIs durch die Pharmaindustrie ist die «Arbeitsgemeinschaft Influenza» (AGI). Deren Hauptaufgabe ist bis heute die Überwachung der Grippewellen. Von ihr kommen auch die jährlichen Grippezahlen, wie beispielsweise 25.100 Grippetote 2017/2018.

Diese Arbeitsgemeinschaft «wurde 1992 von vier pharmazeutischen Unternehmen ins Leben gerufen» steht da recht offen auf der Webseite der AGI. Lange Zeit wurde die AGI zu 100% von Pharmaunternehmen finanziert. Erst 2010 wurde die Finanzierung ganz auf öffentliche Mittel umgestellt. Die Grippezahlen in Deutschland kamen also für viele Jahre in Deutschland quasi direkt von Pharmaunternehmen. ***(tk)***

Quelle: influenza.rki.de

Wussten Sie...

....dass der aktuelle Präsident des Robert Koch Instituts Lothar Heinz Wieler Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des internationalen Netzwerks GLOPID-R ist? Hier ist auch die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung eine Mitgliedsorganisation. [1]

Er ist zudem Teil des Vorstands der «International Association of National Public Health Institutes». Mitgründer und Spender dieser Organisation ist auch die Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung. [2]

Im November 2019 erhielt das RKI eine Spende der Gates-Stiftung von 253.000 Dollar. [3]

Quellen:
1. de.wikipedia.org, Lothar H. Wieler
2. who.int, Members of the Strategic and Technical Advisory Group for Infectious Hazards (STAG-IH)
3. gatesfoundation.org, Robert Koch Institute

Aktueller RKI-Chef Lothar Wieler
Verbindungen zu Bill Gates

Ständige Impfkommission (STIKO)
Verstrickungen mit der Pharmaindustrie

Arbeitsgemeinschaft Influenza
Gegründet & lange finanziert von Pharmaherstellern

ROBERT KOCH INSTITUT

Sachliche und gewissenhafte Entscheidungsfindung?

Vogelgrippe: Die Jagd nach einem Phantom

«Das Vogelgrippevirus (H5N1) könnte möglicherweise der Auslöser einer neuen Pandemie werden», erklärte im Jahr 2005 die Pharma-Firma Roche, «mit bis zu 7 Millionen Todesopfern.» [1] Ende des Jahres 2006 stiess eine Frau Dr. Petra Graf vom Gesundheitsreferat der Stadt München in dasselbe Horn wie viele hysterische Virologen, WHO-Seuchenexperten und Pharmahersteller. Sie rechnete allein in der bayerischen Landeshauptstadt mit bis zu 400.000 Erkrankten und 1.500 Todesfällen durch die Vogelgrippe. [2] Sieben Jahre später stellte das Robert Koch Institut (RKI) fest, dass in Wirklichkeit nicht ein einziger Mensch auch nur an Vogelgrippe erkrankt sei – und zwar in ganz Deutschland nicht.

Die Panikmache – vor allem der WHO – veranlasste Regierungen auf der ganzen Welt dazu, antivirale Mittel wie z.B. Tamiflu von Roche einzukaufen. Das habe sich glänzend entwickelt, als «weltweit die Angst vor der Vogelgrippe» grassierte, hiess es am 1. November 2005 auf Spiegel Online: «In den vergangenen drei Monaten steigerte [der Tamiflu-Erfinder] Gilead seine Lizenzerlöse gegenüber dem Vorjahr um satte 70 Prozent auf 26,2 Millionen Dollar.» Langjähriger Vorstand und Grossaktionär von Gilead Sciences war und ist wohl immer noch Donald Rumsfeld, von 1975 bis 1977 und 2001 bis 2006 US-Verteidigungsminister. Sein Ministerium bestellte im Jahr 2005 Tamiflu für Millionen von Dollar. Über sein Gilead-Aktienpaket profitierte er von der weltweiten Grippepanik. «Die Vogelgrippe bescherte [Roche] Rekordumsätze. Der Erlös: Mehr als 550 Millionen Euro. 96 Staaten legten damals Vorräte an. Die US-Regierung kaufte Tamiflu für rund 48 Millionen Euro. Ein lukratives Geschäft für den damaligen Verteidigungsminister Donald Rumsfeld, denn der war gleichzeitig Aktionär und Aufsichtsratsvorsitzender des amerikanischen Unternehmens, das Tamiflu entwickelt hat und dem nach wie vor das Patent für das Medikament gehört. Selbst als Minister behielt Rumsfeld Aktienpakete an dem Unternehmen. Der geschätzte Wert: Mindestens 4 Millionen Euro. Interessenskonflikte wurden stets geleugnet», hiess es in der ARTE-Doku «Profiteure der Angst». [3]

«Ich habe bei der Vogelgrippe erlebt, dass es dort jemanden gab, der verantwortlich war bei der WHO für die epidemiologische Feuerwehr, und von dem hab ich dann am Ende des Jahres erfahren, nachdem ich mit ihm gesprochen hatte und er mir keine überzeugenden Gründe für Angst vor der Vogelgrippe nahelegen konnte, dass er anschliessend zu einem grossen Pharmakonzern gewechselt ist.»

Dr. Wolfgang Wodarg, Arzt und ehemals SPD-Bundestagsabgeordneter

Quelle: youtube.com, Doku | Profiteure der Angst - arte 2009, 27.03.2020

Am Ende erwies sich die Vogelgrippe als Fehlalarm erster Güte mit einigen hundert Fällen weltweit. Statistisch nicht einmal erwähnenswert. Eigentlich hätten all jene – und das waren nicht wenige –, die damals eindringlich vor einer grossen Pandemie gewarnt hatten, ab diesem Punkt jegliche Glaubwürdigkeit verlieren müssen – zuvorderst die WHO. Wie ist es möglich, dass dieselben Organisationen uns heute dieselben Szenarien zu Corona vorlegen und sich kaum Widerstand regt? ***(tk)***

Quellen:

1. zeit.de, Angst im Anflug, 27.10.2005
2. Münchner Merkur, Online-Ausgabe, 10.11.2006
3. youtube.com, Doku | Profiteure der Angst - arte 2009, 27.03.2020

WHO-«Experte» erzeugte Vogelgrippe-Panik und wechselte danach zu Novartis!

«...zwei bis sieben Millionen Tote.... Milliarden Infizierte...»

NOVARTIS

Klaus Stöhr war während der vermeintlichen Vogelgrippe Leiter des Global-Influenza-Programms und SARS-Forschungskoordinator der WHO. Bereits 2004 schätzte er öffentlich die kommenden Todeszahlen durch die Vogelgrippe auf zwei bis sieben Millionen Menschen weltweit. In einer Pressekonferenz verlautbarte er Ende November 2004: «Es gibt Schätzungen, die die Anzahl der Toten in den Bereich zwischen zwei und sieben Millionen setzen, und die Anzahl der Betroffenen wird die Milliarden überschreiten, 25 bis 30% [der Weltbevölkerung] wird krank werden.» [1]

Am Ende waren es einige hundert Fälle weltweit, in Deutschland kein einziger. Trotzdem wurden damals schon Medikamente in Millionenhöhe von den Regierungen eingekauft. Anfang 2007 gab Stöhr seinen Posten bei der WHO auf und wechselte in die Impfstoffentwicklung der Pharmafirma Novartis. [2] ***(tk)***

Quellen:

1. irishtimes.com, WHO says bird flu likely source of next pandemic, 26.11.2004
2. de.wikipedia.org, Klaus Stöhr

«Das Vogelgrippevirus (H5N1) könnte möglicherweise der Auslöser einer neuen Pandemie werden [...] mit bis zu 7 Millionen Todesopfern."
Die Pharma-Firma Roche 2005

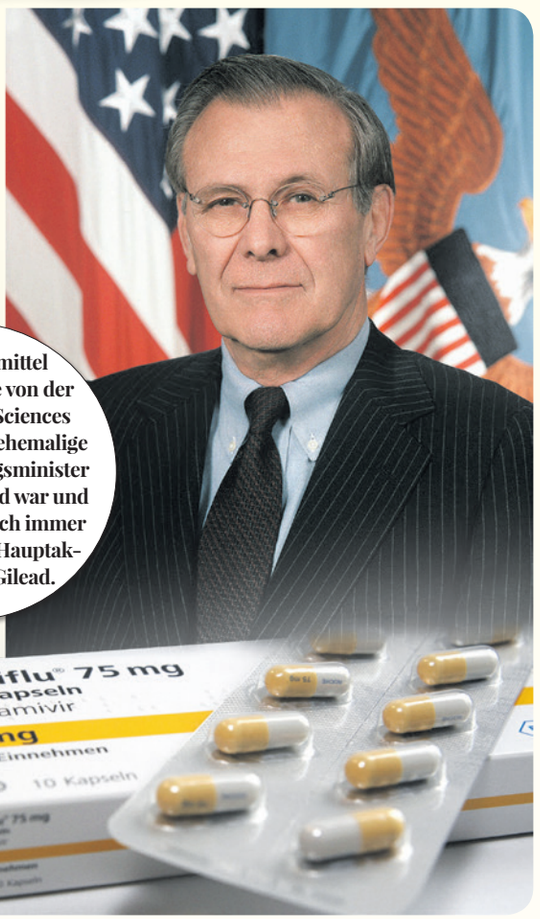
«400.000 Erkrankte, 1.500 Todesfälle in München»
Frau Dr. Petra Graf vom Gesundheitsreferat der Stadt München Ende 2006 über die Vogelgrippe

«Es gibt Schätzungen, die die Anzahl der Toten in den Bereich zwischen zwei und sieben Millionen setzen, und die Anzahl der Betroffenen wird die Milliarden überschreiten, 25 bis 30% [der Weltbevölkerung] wird krank werden.»
Klaus Stöhr, Leiter des Global-Influenza-Programms und SARS-Forschungskoordinator der WHO, 2004 über die Vogelgrippe

Am Ende waren es einige hundert Vogelgrippe-Fälle weltweit, in Deutschland kein einziger.

Remdesivir: Corona-Medikament von Rumsfelds Gilead Sciences bereits im Einsatz

Die Umsätze des Pharmaunternehmens Roche schossen bereits 2005 und 2009 während Vogel- und Schweinegrippe in die Höhe. Von den Regierungen bevorzugt abgenommen wurde das Grippemittel Tamiflu, entwickelt von Gilead Sciences, das mit dem ehemaligen US-Verteidigungsminister Donald Rumsfeld verstrickt war und wahrscheinlich immer noch ist (siehe S.14). Das brachte dem Medikament auch den Spitznamen «Rummyflu» (Bezug auf Donald Rumsfeld) ein.



Das Grippemittel Tamiflu wurde von der Firma Gilead Sciences entwickelt. Der ehemalige US-Verteidigungsminister Donald Rumsfeld war und ist wahrscheinlich immer noch einer der Hauptaktionäre von Gilead.

Verdächtig: Auch bei Corona prescht Gilead wieder mit einem Medikament nach vorne. Erstaunlich schnell, so als habe man etwas über die kommende «Corona-Krise» in Europa gewusst, begann Gilead zu forschen: «Bereits im Februar hatte die erste klinische Studie in den USA zu Remdesivir des Pharmaunternehmens Gilead an COVID-19-Erkrankten am ‹University of Nebraska Medical Center› (UNMC) begonnen. Das ‹National Institute of Allergy and Infectious Diseases› (NIAID) [...] untersucht derzeit die Sicherheit und Wirksamkeit von Remdesivir an hospitalisierten Erwachsenen, die an COVID-19 erkrankt sind. Doch noch weiss man nicht, ob Remdesivir das klinische Outcome der Patienten verbessern kann.» [1]

Inzwischen hat die Regierung in Washington den begrenzten Einsatz des Wirkstoffs bei «COVID-19-Patienten» in Spitälern erlaubt. Die Ausnahmegenehmigung sei angesichts der «Corona-Virus-Pandemie» «in Lichtgeschwindigkeit» zustande gekommen, sagte der Chef der US-Lebensmittel- und Arzneimittelbehörde (FDA), Stephen Hahn, am 01.Mai 2020 im Weissen Haus. Die bereits genannte klinische Studie habe gezeigt, dass der ursprünglich für Ebola entwickelte Wirkstoff bei COVID-Patienten die Zeit bis zu einer Genesung um mehrere Tage verkürzen könne. Die Schweizer Zeitung Blick stellte fest: «Remdesivir ist bisher weltweit nirgendwo als Medikament zugelassen. Die Ausnahmegenehmigung für die USA entspricht keiner formellen Zulassung, was ein wesentlich aufwendigerer Prozess ist. Selbst die Ausstellung einer begrenzten Ausnahmegenehmigung nach nur einer vielversprechenden klinischen Studie ist ungewöhnlich. Bisher gibt es jedoch keine Impfung gegen das neuartige Coronavirus und auch keine zuverlässige zugelassene medikamentöse Therapie.»

So wird mit der «Corona-Pandemie» bei Medikamenten bereits das erreicht, was die mit Bill Gates verstrickte Organisation CEPI (siehe S.8 f.) auch für Impfstoffe erreichen will: Sie schnell durch das Zulassungsverfahren oder gar mit einer «Ausnahmegenehmigung» an ihm vorbei zu schleusen. ***(tk)***

Quellen:

1. deutsche-apotheker-zeitung.de, Im Einzelfall bereits im Einsatz - Remdesivir: Zwei Studien in Deutschland starten
2. blick.ch, Corona-Wunderwaffe Remdesivir?- USA erlauben Einsatz von Ebola-Wirkstoff, 02.05.2020

Seuchenbestseller Tamiflu nutzlos und gefährlich?

«Wir haben keinen Beleg dafür gefunden, dass dieses Medikament das Risiko schwerwiegender Komplikationen reduziert oder Einweisungen ins Krankenhaus unnötig macht. Und es gibt keinen Nutzen für Kinder mit Asthma, die ja zu der Risikogruppe gehören. Wir haben jedoch Belege für Nebenwirkungen gefunden. Eins von 20 Kindern, das das Medikament einnimmt, wird sich davon elend fühlen und sich übergeben. Und das kann zur Dehydration beitragen.»

Dr. Matthew Thompson von der Universität Oxford, der eine Studie über die Wirkung von Tamiflu auf Kinder im British Medical Journal (BMJ) veröffentlichte

Quelle: youtube.com, Doku | Profiteure der Angst - arte 2009, 27.03.2020

Warum bestellen und empfehlen Regierungen ein solch umstrittenes Medikament?

ARD: Milliardengeschäft durch «unnötige Panik» bei Schweinegrippe

«Wäre die Pandemiestufe 6 nicht ausgerufen worden, dann hätten wir nix davon bemerkt. Und wir hätten gesagt: Das war aber jetzt ein milder Verlauf, das war mal schön in diesem Jahr.»

Prof. Dr. Ulrich Keil, Epidemiologe der Universität Münster, über die «Schweinegrippe» 2009

Quelle: youtube.com, Milliardengrab Schweinegrippe: Wer steuerte die WHO?, 28.06.2010

Im ARD-Magazin Monitor wurde Mitte Juni 2010 ein Beitrag mit dem Titel «Milliardengrab Schweinegrippe: Wer steuerte die WHO?» ausgestrahlt. Dieser setzte sich mit den Geschehnissen rund um den vermeintlichen Schweinegrippe-Ausbruch 2009 auseinander und sprach ein vernichtendes Urteil über Politik, Medien und Pharmakonzerne aus, die der Bevölkerung damals gelinde gesagt einen Bären aufbanden. Der zumindest vorgegebene Fund eines neuen Virustyps führte zur Ausrufung der höchsten Pandemiestufe [6], ohne dass es dafür nur ansatzweise einen Grund gegeben hätte. Der Forscher Tom Jefferson von der Cochrane-Collaboration kommentierte dies mit folgenden Worten: «Es war eigentlich schon früh klar, dass das eine Luftnummer war. Die ersten Zahlen aus Australien hatten gezeigt, dass das eine ganz milde Grippe sein würde. Aber das wurde komplett ignoriert.» Auch die ARD musste feststellen, dass die Panikmache völlig ungerechtfertigt gewesen war: «Heute steht fest: Das Schweinegrippe-Virus verdrängte sogar das gefährlichere saisonale Grippevirus. Für Deutschland hiess das: Statt tausender Grippetoter in anderen Jahren, 255 bestätigte Todesfälle durch Schweinegrippe im letzten Winter.» Nachdem sich die Horrorszenarien zur Schweinegrippe monatelang durch die Schlagzeilen gezogen hatten, war das Ergebnis sogar gegenläufig: Ein im Vergleich extrem harmloses Grippejahr, und damit ein Skandal erster Güte, was Politik und Medien hier veranstalteten!

Vergeudetes Steuergeld

Prof. Dr. Ulrich Keil, Epidemiologe der Universität Münster sagte zur ARD: «Wäre die Pandemiestufe 6 nicht ausgerufen worden, dann hätten wir nichts davon bemerkt. Und wir hätten gesagt: Das war aber jetzt ein milder Verlauf, das war mal schön in diesem Jahr.» Die ARD weiter, auf Keils Aussagen aufbauend: «Weniger schön waren die unnötige Panik, die unnötigen Ängste, die unnötigen Impfungen mit weniger erprobten Impfstoffen. Und die vielen Milliarden, die weltweit ausgegeben wurden, um Impfstoffe und antivirale Mittel vorzuhalten. Das meiste liegt bis heute ungenutzt in Lagern. Für die Hersteller war das ein gutes Geschäft. Allein mit den antiviralen Medikamenten Tamiflu und Relenza machten Roche und Glaxosmithkline durch die Schweinegrippe Umsätze, von denen andere nur träumen können. Und noch viel mehr ging an die Impfstoffhersteller.»

Daraufhin leitete der Europarat eine offizielle Untersuchung zur Schweinegrippe ein. Paul Flynn, der an dieser Untersuchung teilgenommen hatte, kommentierte: «Milliarden um Milliarden Euro für die Pharmaindustrie und Milliarden um Milliarden vergeudetes Geld für die Steuerzahler dieser Welt. Wie konnte das passieren?»

Wer genau die Experten waren, die am 11.06.2009 die Pandemiestufe 6 ausgerufen hatten, konnte die ARD nicht ermitteln. Die Reporter stellen allerdings fest: «[...] interessant ist, mit welchen Beratern die Weltgesundheitsorganisation im Influenzabereich seit Jahren zusammenarbeitet. Schon ab 1999, als die antiviralen Medikamente Tamiflu und Relenza auf den Markt kamen, diskutierte man bei der WHO über Vorbereitungen auf eine mögliche Pandemie. 2002 gab es die erste Pandemiekonferenz, 2004 wurde dann die entscheidende Richtlinie veröffentlicht: Die Richtlinie über den Gebrauch von Impfstoffen und antiviralen Medikamenten im Pandemiefall. In dieser Richtlinie wird den Regierungen dringend geraten, antivirale Medikamente in grossen Mengen vorsorglich einzulagern. Wörtlich heisst es in Annex 5: ‹[...] Vorräte von antiviralen Mitteln anzulegen, ist entscheidend [...]› Geschrieben hat dies der amerikanische Professor Frederick Hayden. Was nicht in der Richtline steht: Während sie in Arbeit war, erhielt Hayden Gelder von den Firmen Roche und Glaxosmithkline, den Herstellern der antiviralen Medikamente, für Beratungen und Vorträge. Ein möglicher Interessenskonflikt, der nicht genannt wird. Auch nicht bei anderen Autoren derselben Richtlinie, z.B. Professor Karl Nicholson. Auch er arbeitete immer wieder als Berater von Roche und Glaxo. Oder Dr. Arnold Monto: Er hat, als die Richtlinie in Arbeit war, Geld von Roche für Beratungen bekommen. Und in der Vergangenheit auch von Glaxo. Monto soll übrigens nach Informationen einer britischen Fachzeitschrift auch eines der geheimen Mitglieder des WHO-Notstandkomitees sein.»

➔

«Es war eigentlich schon früh klar, dass das eine Luftnummer war. Die ersten Zahlen aus Australien hatten gezeigt, dass das eine ganz milde Grippe sein würde. Aber das wurde komplett ignoriert.»

Tom Jefferson, Epidemiologe der Cochrane Collaboration, über die «Schweinegrippe»

Quelle: youtube.com, Milliardengrab Schweinegrippe: Wer steuerte die WHO?, 28.06.2010

«In diesem Winter hatten wir insgesamt weit weniger Grippetote als in den Vorjahren. Normalerweise haben wir hier in Australien geschätzt zwei- bis dreitausend Todesfälle wegen der Grippe. Dieses Jahr waren es nur etwa 190. Die Auswirkungen dieser neuen Grippe - zumindest, was die Toten angeht – liegen deutlich hinter dem zurück, was wir hier normalerweise erleben.»

Professor Peter Collignon, Direktor der School of Medicine, Universität Canberra, über den Schweinegrippe-Winter in Australien 2009

Quelle: youtube.com, Monitor: Horrorszenarien - Die Schweinegrippe und die Medien, 19.03.2010

Anzahl der Schweinegrippe-Erkrankungen wurde nur geschätzt

«Wie viele Menschen tatsächlich [in Mexiko] an dem neuen Virus H1N1 sterben, ist bis heute nicht ganz geklärt. Die mexikanische Regierung meldet in den ersten Wochen 159 Tote, doch kurz darauf korrigiert der Gesundheitsminister die Zahlen drastisch nach unten. Danach sollen nur noch 26 Menschen an dem Virus gestorben sein. [...] Die WHO registriert bis heute weltweit alle [Schweinegrippe-]Todesfälle, doch diese Zahlen sind Schätzungen. Denn nicht jedes Land nimmt Proben von jedem Verdachtsfall.»

Aus der ARTE-Doku «Profiteure der Angst»

Quelle: youtube.com, Doku | Profiteure der Angst - arte 2009, 27.03.2020

Spielball der Pharmaindustrie?

Bei der renommierten medizinischen Fachzeitschrift «British Medical Journal» (BMJ) hielt man diese Verbindungen für inakzeptabel. Die Fachredakteurin Deborah Cohen erzählte der ARD nach ihren Recherchen: «Was wir herausfanden, hat uns erschüttert, weil es zeigte, in welchem Ausmass Pharmafirmen inzwischen Entscheidungsprozesse in öffentlichen Behörden beeinflussen, indem sie Schlüsselexperten nutzen.» Die ARD weiter: «Schon bei der Vogelgrippe hatten übrigens viele Bundesländer angefangen, antivirale Medikamente einzulagern, weil einige Virologen immer wieder vor der Gefahr einer ganz grossen Pandemie gewarnt hatten. Nachdem sich die Vogelgrippe als Fehlalarm erwiesen hatte, war die grosse Pandemie im Jahr 2009 scheinbar gekommen. Bei den Warnern häufig mit dabei: Das ESWI, ein Zusammenschluss von Grippeexperten, die Einfluss nehmen wollen, damit Grippeimpfungen weltweit stärker verbreitet werden und die Staaten sich Vorräte antiviraler Mittel zulegen. ESWI arbeitet eng mit der WHO zusammen. Viele ESWI-Mitglieder beraten die WHO. Auch ESWI-Chef Albert Osterhaus. In dessen Erklärung möglicher Interessenskonflikte bei der WHO heisst es wörtlich: ‹Er ist auch Vorsitzender von ESWI, einer unabhängigen Gruppe europäischer Wissenschaftler›. Unabhängig? Die Wissenschaftler arbeiten laut Osterhaus unentgeltlich, doch finanziert wird ESWI hauptsächlich von grossen Pharmaherstellern. Sind das nicht Interessenskonflikte?»

Sollte man sich nicht an zwielichtige Persönlichkeiten wie Albert Osterhaus zurückerinnern, wenn die WHO heute wieder ein ähnliches internationales Pandemieprogramm abspult? ***(tk)***

Panikmache auf der Titelseite der Bildzeitung 2009.

Quelle: youtube.com, Milliardengrab Schweinegrippe: Wer steuerte die WHO?, 28.06.2010

WHO-Berater von Pharmakonzern bezahlt

«In England scheint die Schweinegrippe am meisten zu wüten. Zumindest wurden hier die stärksten Massnahmen gegen die Grippe ergriffen. [...] Die Regierung legte Antigrippemittel für mehr als 80% der Bevölkerung an. Dazu kam eine Bestellung von Impfstoffen im Wert von rund 180 Millionen Euro. Der Rektor des Imperial College, Sir Roy Malcolm Anderson, berät die WHO und die Regierung bei der Virusbekämpfung. Öffentlich warb er für den Einsatz der Antigrippemittel. Britische Journalisten deckten auf, dass der Mediziner gleichzeitig mit jährlich 136.000 Euro auf der Gehaltsliste von Glaxosmithkline steht – eines Pharmakonzerns, der Milliarden durch den Verkauf des neuen Impfstoffs verdient.»

Aus der ARTE-Doku «Profiteure der Angst»

Quelle: youtube.com, Doku | Profiteure der Angst - arte 2009, 27.03.2020

WHO veränderte Pandemie-Definition im Mai 2009

«Im Mai 2009 streicht die WHO zwei wesentliche Punkte der Pandemie-Definition. Früher waren eine ‹enorme Anzahl von Todesfällen und Erkrankungen› in ‹mehreren Staaten› die Bedingung. Das ist heute nicht mehr so. Nun reicht zur Ausrufung einer Pandemie, dass sich die Erreger schnell und massiv in mindestens zwei der sechs WHO-Regionen ausbreiten. [...] **Wie viele Menschen weltweit sterben oder erkranken, ist kein Kriterium mehr für eine Pandemie.»**

Quelle: youtube.com, Doku | Profiteure der Angst - arte 2009, 27.03.2020

Aus der ARTE-Doku «Profiteure der Angst»

plusminus

«Die Notaufnahmen sind noch immer leer, aber die Pharmafirmen haben ihr Geschäft längst gemacht.»

Das ARD-Magazin Plusminus, 2009 über die «Schweinegrippe»

Quelle: youtube.com, Plusminus: So geht Lobby - Das Geschäft mit der Schweinegrippe, 19.03.2010

Frankreich im Griff der Pharmalobby?

«94 Millionen Impfdosen hat die französische Regierung [während der ausgerufenen Schweinegrippe-Pandemie] bestellt. Die Kosten dafür unbekannt. In der Presse spekuliert man über Summen zwischen einer und 1,4 Milliarden Euro. Die Opposition kritisiert das undurchsichtige Vorgehen der französischen Regierung scharf. [...] Die Gesundheitsministerin Roselyne Bachelot selbst war vor ihrer Karriere als Politikerin mehr als 10 Jahre in der Pharmaindustrie tätig. U.a. als PR-Managerin eines grossen Konzerns. Auch bei dem zum Teil staatlich finanzierten Institute Pasteur gibt es Überschneidungen: Die Chefin Alice Dautry ist zugleich Beraterin beim Pharmaverband LEEM.»

Aus der ARTE-Doku «Profiteure der Angst»

Quelle: youtube.com, Doku | Profiteure der Angst - arte 2009, 27.03.2020

Bild

Schweinegrippe: So schürte die Bild-Zeitung Angst!

WHO WARNT

Schweinegrippe nicht mehr zu stoppen

Bild-Online vom 03.07.2009

SCHWEINEGRIPPE

Professor befürchtet in Deutschland 35 000 Tote!

Bild-Online vom 21.10.2009

Zu Zeiten der vermeintlichen Schweinegrippe trommelte ein Grossteil der Presse fast täglich mit Horrormeldung an Horrormeldung. Z.B. die Bild-Zeitung. Hier es hiess auf der Titelseite Ende Oktober 2009: «Professor befürchtet in Deutschland 35.000 Tote!». Dazu wurden «30 Millionen Infizierte» und «extreme Krankheitsverläufe» prognostiziert. Der Experte, auf den man sich bezog, war Prof. Dr. med. Adolf Windorfer (Träger des Bundesverdienstkreuzes), Seuchenexperte und von 1997 bis 2006 Leiter des Niedersächsischen Landesgesundheitsamts. Er beriet damals die Weltgesundheitsorganisation WHO. Am Ende hatte Windorfer nach offiziellen Zahlen um mehr als den Faktor 100 falsch gelegen: In Deutschland wurden dem Robert Koch Institut von April 2009 bis Anfang Mai 2010 insgesamt rund 226.000 bestätigte Fälle der Schweinegrippe und 250 ihr zurechenbare Todesfälle übermittelt. ***(tk)***

Quellen: de.wikipedia.org, Pandemie H1N1 2009/10
bild.de, Professor befürchtet in Deutschland 35.000 Tote!, 21.10.2009

So dreist wurde eine 15jährige Schweinegrippe-Tote herbeigelogen

SCHWEINEGRIPPE

Tote Büsra († 15) – so trauern ihre besten Freundinnen

Bild-Online vom 09.11.2009

Anfang November 2009 war die Schweinegrippe-Kampagne für den kommenden Winter im vollen Gange. Damals titelte die Bild-Zeitung «Schweinegrippe: Tote Büsra († 15) – so trauern ihre besten Freundinnen». Auch die RTL-Nachrichten berichteten hochemotional: «Sie war doch so lebenslustig: Die 15jährige Schülerin aus Kassel ist das 12. Todesopfer, das die Schweinegrippe fordert.» Dabei war das Mädchen offensichtlich primär an einer Herzmuskelentzündung gestorben. «Im Moment gibt es keinen Hinweis darauf, dass die Schülerin an der Schweinegrippe gestorben ist», sagte Stadtsprecher Hans-Jürgen Schweinsberg. Auch Karin Müller vom Gesundheitsamt Kassel sagte: «Bis heute ist überhaupt nicht klar, ob die Schweinegrippe in irgendeiner Weise mit dem Tod des Mädchens in Zusammenhang steht. Fest

➔

steht, dass das Mädchen klinisch an einer Herzmuskelentzündung verstorben ist.» Doch selbst das Robert Koch Institut (RKI) führte den Fall Büsra in seiner Statistik der Schweinegrippe-Toten. Ist das wissenschaftlich seriös? Oder sammelte das RKI nicht einfach alles, was es finden konnte, um eine bedrohliche Anzahl Toter zu erzeugen? So scheint es, als wäre der tragische Tod eines jungen Mädchens schamlos von den Grippe-Panikmachern ausgenutzt worden. ***(tk)***

Quellen:

Bild.de, Todesfall in Hessen: Schülerin (15) mit Schweinegrippe gestorben, 08.11.2009
youtube.com, Monitor: Horrorszenarien - Die Schweinegrippe und die Medien, 19.03.2010

> «Zum Beginn des Jahrtausends war die Pharmaindustrie an einem Punkt, an dem magere Zeiten bevorstanden. Es gab keine neuen innovativen Produkte und man fragte sich, wie man die Rentabilität hoch hält. Also haben unsere Spezialisten der Pharmaindustrie die Entwicklung des Impfstoffsektors stark vorangetrieben, indem sie Epidemiewarnungen und Pandemien erfunden haben, um den Verkauf der Impfstoffe anzukurbeln. Die erste Sache, die versucht wurde, war die vielzitierte Vogelgrippe. Und ich erinnere daran: Alle Experten, die bei der Schweinegrippe aufschreien, sind auch die, die schon vorher bei der Vogelgrippe aufgeschrien haben.»
>
> *Dr. Marc Girard, Medizinischer Gutachter für Arzneimittel*
>
> Quelle: youtube.com, Doku | Profiteure der Angst - arte 2009, 27.03.2020

Glaxosmithkline: Bekannt für Impfschäden, Corona-Impfstoff in der Entwicklung

Damals mit Impfungen das Leben von hunderten Menschen zerstört, heute wieder an der Entwicklung eines neuen Corona-Impfstoffs dran, als wäre nie etwas gewesen. There´s no business like Pharmabusiness!

Was war damals passiert? Erstmal hatte der Impfmittelhersteller Glaxosmithkline abkassiert. «Schweinegrippe hat Glaxo gut getan,» schrieb das Handelsblatt 2010 unverfroren im Titel. «Der Pharmariese Glaxosmithkline hat das vergangene Quartal mit einem höheren Gewinn abgeschlossen - ganz besonders dank der Schweinegrippe.» [1]

Über die Folgen berichtete u.a. der Spiegel 2016. Titel: «Schaden nach Schweinegrippe-Impfung: Schweden entschädigt Narkolepsie-Patienten» Weiter: «Nach der Schweinegrippe-Impfung erkrankten in Europa auffällig viele Menschen an Narkolepsie. Schweden zahlt den Betroffenen jetzt bis zu einer Million Euro. Vielen genügt das nicht.» Es handelte sich in Schweden sowie auch Finnland um hunderte nachgewiesene Impfschäden durch Glaxosmithklines Mittel Pandemrix. Der Hersteller räumte im Jahr 2013 Medienberichten zufolge ein, dass seit Einführung des Impfstoffs in ganz Europa 795 Menschen eine Narkolepsie entwickelt hätten. [3] Deutschland gab zu Schweinegrippe-Zeiten satte 700 Millionen Euro für Pandemrix aus.

Drosten ruft zur Impfung auf

Der Titel des Spiegel-Artikels verrät, wer letztendlich die Impfschäden entschädigte: Nicht «Glaxo», sondern der schwedische Staat, ergo der Steuerzahler. Ein Schelm, wer dabei glaubt, es handle es sich um eine Folge von skrupellosem Lobbyismus der Firma. So blieb anscheinend genügend Kapital übrig, um auch bei Corona in neue Forschungen einzusteigen: «[Glaxosmithkline] setzt weiter auf bereits bewährte Techniken. Gemeinsam mit einer chinesischen Firma entwickeln sie einen COVID-19-Impfstoff, der auf gentechnisch hergestellten Virusproteinen basiert», so Focus-Gesundheit. [4]

17. Mai 2010, 20:57 Uhr Schweinegrippe

"Die Welle hat begonnen"

In Süddeutschland nehmen die Schweinegrippe-Erkrankungen drastisch zu. Von dort werde in den kommenden Wochen eine Grippewelle über ganz Deutschland rollen, warnen Experten.

Noch im Mai 2010 ritt die Süddeutsche Zeitung gemeinsam mit dem RKI das tote Pferd Schweinegrippe. «Die Welle hat begonnen», wurde der damalige Präsident des RKI, Jörg Hacker, zitiert.

Besonders brisant: Christian Drosten von der Charité in Berlin, der sich momentan als vielleicht wichtigster Regierungsberater in Deutschland profiliert, bekam 2004 den Glaxosmithkline-Förderpreis für Klinische Infektiologie.[5] Und man rate einmal, welche Impfung Drosten noch im Mai 2010 empfahl, als der Schweinegrippe-Hype eigentlich schon abgeklungen war: «Drosten rief dringend dazu auf, sich gegen die Schweinegrippe impfen zu lassen. ‹Bei der Erkrankung handelt es sich um eine schwerwiegende allgemeine Virusinfektion, die erheblich stärkere Nebenwirkungen zeitigt als sich irgendjemand vom schlimmsten Impfstoff vorstellen kann›», so die Süddeutsche Zeitung. [6] Die nachgewiesenen Impfschäden zeigten, dass Drosten danebengelegen hatte. Vielleicht nicht das letzte Mal?

Bei Corona fordert Drosten auch eine schnellstmögliche Bereitstellung von Impfstoffen, am besten im Schnellverfahren. «Abkürzungen» von Zulassungsverfahren, so Drosten in seinem Podcast, «sind nicht nur denkbar, sondern auch schon längst vorgesehen». [7] ***(tk)***

«[...] zum Glück werden wir unterstützt durch öffentliche Forschungsmittel von der Europäischen Union und neuerdings auch von der [...] Bill und Melinda Gates Foundation.»

Christian Drosten, Virologe von der Charité Berlin über den von ihm und seinem Team entwickelten Corona-Gentest

Quelle: ndr.de, (16) Coronavirus-Update: Brauchen Abkürzungen bei der Impfstoffzulassung, 18.03.2020

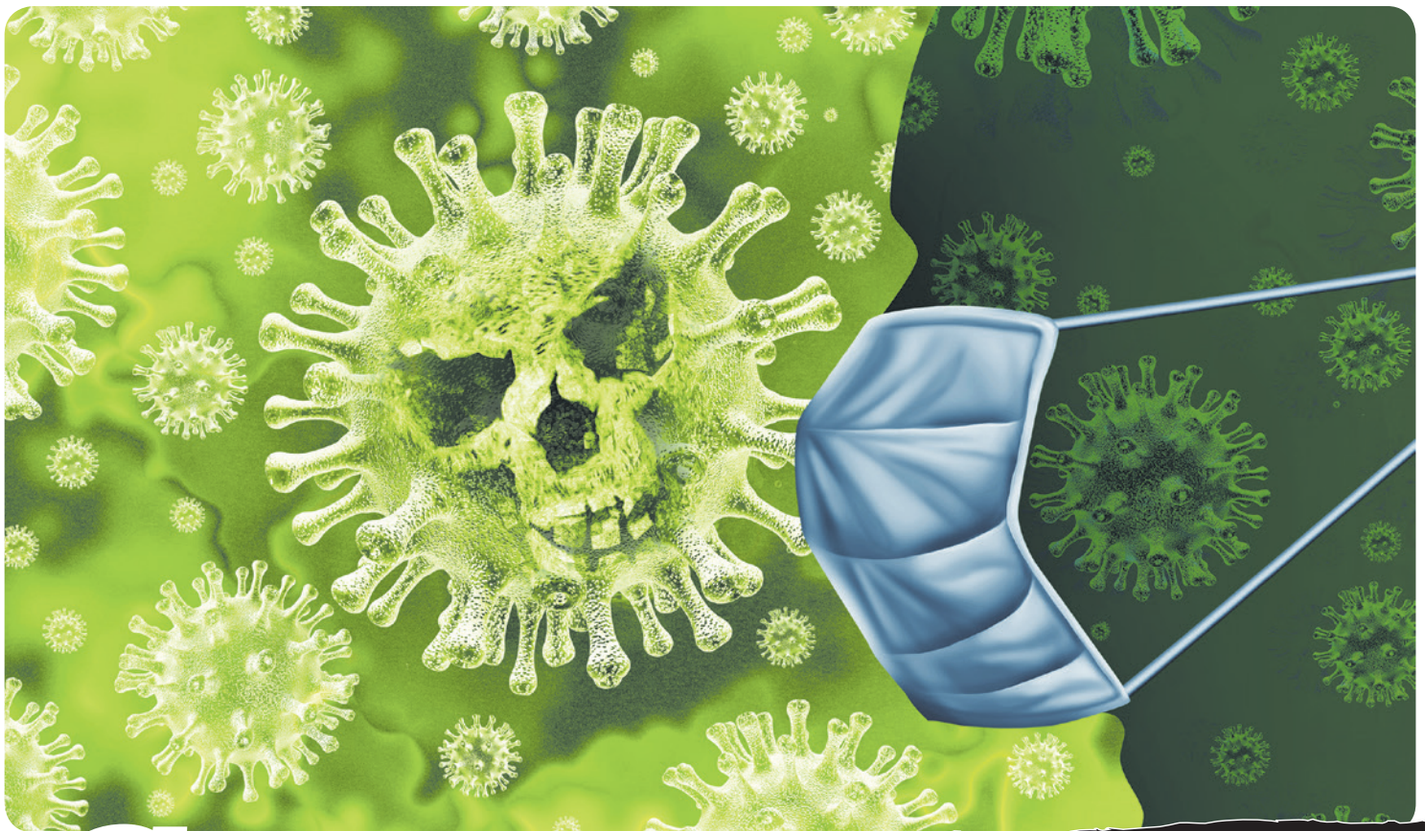
Quellen:

1. handelsblatt.com, Pharmabranche: Schweinegrippe hat Glaxo gut getan, 28.04.2010
2. spiegel.de, Schaden nach Schweinegrippe-Impfung: Schweden entschädigt Narkolepsie-Patienten, 13.05.2016
3. 20min.ch, 24.01.2013
4. focus-arztsuche.de, COVID-19-Impfung: Wettrennen zum Vakzin
5. en.wikipedia.org, Christian Drosten
6. sueddeutsche.de, Schweinegrippe: «Die Welle hat begonnen», 17.05.2010
7. merkur.de, Corona-Impfstoff: Virologe Drosten nennt zwei Möglichkeiten - «hoffnungsvolle Anfangsdaten», 06.04.2020

FAZIT

Wer einmal lügt, dem glaubt man nicht. Und wer einmal grundlos Panik vor einer kommenden Virenkrankheit schürt, dem sollte man ebenso misstrauisch gegenüberstehen. Allerdings ist die WHO ein Wiederholungstäter, schon mehrere Male wurde eine ähnliche Seuchen-Sau durchs globale Dorf getrieben. Eigentlich hätte schon eine einzige dieser überzogenen Pandemie-Ausrufungen zu einem Skandal von globaler Tragweite getaugt. Gerade die vermeintliche «Schweinegrippe» hätte das Machtsystem UNO ins Wanken bringen können, wenn kritische Medien und damit einhergehend eine kritische Öffentlichkeit sich ausreichend darüber empört hätten. Es blieb jedoch bei ein paar wenigen Berichten – meist versteckt auf Spartensendern- und der Aufruhr blieb aus. Sowohl während Vogel- und Schweinegrippe war die BRD-Bundeskanzlerin Angela Merkel schon im Amt. Ihr Verrat am deutschen Steuerzahler mit Milliardenausgaben für ungenutzte Impfungen und Medikamente hatte kaum negative Konsequenzen für sie – wie so viele andere Fehltritte auch. Fehleinschätzungen, Angstmache, nutzlose Massnahmen, Impfschäden, Korruption und Milliardengewinne für Big Pharma pflastern den Weg der WHO. Ist die Bevölkerung schlicht nicht genug darüber aufgeklärt worden? Warum werden heute im Fall Corona aus diesen hanebüchenen Skandalen der Vergangenheit keine Konsequenzen gezogen? Wie kommt man dazu, eigentlich unverzeihliche Dinge zu verzeihen, zu ignorieren oder zu vergessen? Radikale Massnahmen wie Quarantänen und Ausgangssperren mögen im äussersten Notfall gerechtfertigt sein, aber garantiert nicht, wenn eine zwielichtige, fremdgesteuerte und für Fehlinformationen bekannte Organisation wie die WHO diese empfiehlt. Hier wird der Bock zum Gärtner gemacht! *(tk)*

Foto: Shutterstock/Lightspring



Corona: Ein neues,

Die WHO hat die «Coronavirus-Epidemie» am 30.01.2020 zum internationalen Gesundheitsnotstand erklärt. Unter dem Vorwand einer gefährlichen Virus-Pandemie wurden daraufhin weltweit massenweise Bürgerrechte eingeschränkt, die Bewegungsfreiheit beschnitten, Patienten isoliert, Städte abgesperrt und Massenversammlungen verboten. Massnahmen, wie sie die Welt in diesem Ausmass zuvor nie gesehen hatte.

Um so radikal durchzugreifen, sollte man sich seiner Sache ziemlich sicher sein. Man sollte doch meinen, dass alle wissenschaftlichen Standards für den Nachweis eines neuen, krankmachenden und ansteckenden Virus mehr als erfüllt sind und auch ein Konsens der Wissenschaftler besteht, das neue Corona-Virus (SARS-CoV-2, Erkrankung: COVID-19) sei brandgefährlich. Wer solcherlei Massnahmen durchsetzt, muss sich doch hundertfach abgesichert haben. Daran kann es doch keinen Zweifel geben, oder?

Sicher ist sicher: Prüfen wir nur noch einmal zur Sicherheit, ob wirklich alle Massstäbe der Virologie bei Corona beachtet wurden. Es folgen 10 Schritte zum Beweis eines krankmachenden und ansteckenden Virus. Um diese Schritte nachvollziehen zu können, muss man kein Virologe oder Experte sein. Es reicht der Einsatz des gesunden Menschenverstandes und der Gesetze der Logik. Ein neues, krankmachendes und ansteckendes Virus müsste in folgenden Schritten nachgewiesen werden:

1. Schritt:
Feststellung eines neuen, weit verbreiteten und gefährlichen klinischen Symptombildes

2. Schritt:
Sorgfältige Anamnese (Erfragung der Krankheitsgeschichte)

3. Schritt:
Optische Identifizierung des Erregers

4. Schritt:
Hochaufreinigung/Isolation

5. Schritt:
Identifizierung eindeutiger Merkmale

6. Schritt:
Eichung von Labortests

7. Schritt:
Erfüllung des ersten Koch-Postulats

8. Schritt:
Erfüllung des zweiten Koch-Postulats

9. Schritt:
Erfüllung des dritten Koch-Postulats

10. Schritt:
Dokumentation und Bestätigungen

Wurden all diese Schritte bei «Seuchen» der Vergangenheit und vor allem bei Corona durchgeführt?

1. Schritt:

Es muss ein neues, gefährliches und möglicherweise durch Ansteckung entstandenes klinisches Symptombild gefunden werden.

Nehmen wir einmal an, eine neue, bisher unbekannte Krankheit bewirkt, dass die Ohrläppchen zuerst anschwellen, dann blau anlaufen und der Erkrankte schliesslich sein Gehör verliert. Also völlig neue Symptome, die es wahrscheinlich bisher so nicht gab und die möglicherweise eine völlig neue Form der Behandlung notwendig machten. Nehmen wir weiter an, diese «Blauohrenkrankheit» (BOK) käme nicht etwa vereinzelt vor, sondern erfasste regelmässig ganze Stadtteile oder Schulen oder Mitarbeiter einer Firma – käme also in Wellen und gehäuft und auch bei Personen vor, die Kontakt untereinander hatten. Würde es sich um ein bereits bekanntes Symptombild handeln, bestünde im Grunde kein Anlass, nach neuen Krankheiten zu suchen. Nur dann, wenn die bekannten Krankheiten sorgfältig – und erfolglos – abgeklopft wurden, kann man die Möglichkeit in Erwägung ziehen, dass es sich um eine völlig neue, bisher unbekannte Krankheit handelt.

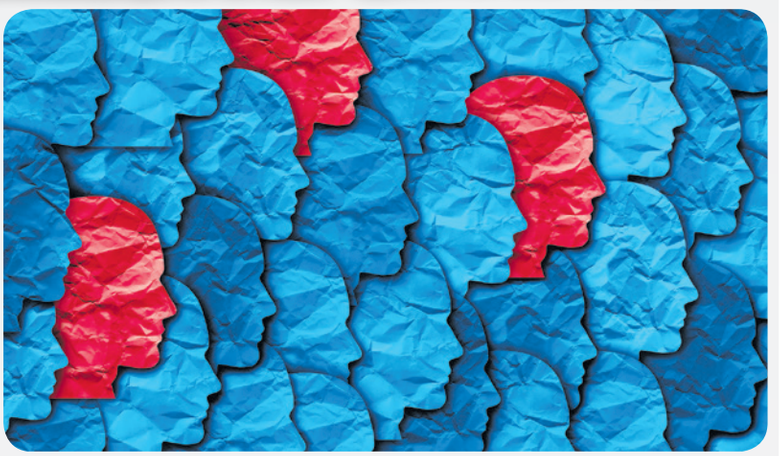


Foto: Shutterstock/Lightspring

gefährliches Virus?

Findet man bei COVID-19 neuartige Symptome?

So sehr man es auch dreht und wendet: Klinisch ist COVID-19 (die angeblich durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Viruserkrankung) nicht von Schnupfen, einer Grippe oder einer Lungenentzündung zu unterscheiden. Zwar wird manchmal behauptet, Corona zeichne sich durch besonders starke Atemnot und gelegentlich durch « Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns» aus, aber das wirkt sehr erzwungen und es fehlen die notwendigen wissenschaftlichen Daten dazu. [1]

COVID-19 stellt beim besten Willen kein neues Krankheitsphänomen dar. Schwere und manchmal tödliche Lungenentzündungen treten jedes Jahr millionenfach auf. Doch selbst wenn weltweit Corona-Patienten klar von Influenza-Patienten unterscheidbare Symptome zeigen würden, dann müssten diese zusätzlich viel gesundheitsschädlicher und weit verbreiteter sein als die der Influenza, um den von der WHO ausgerufenen internationalen Gesundheitsnotstand zu rechtfertigen. ***(tk)***

Corona, Erkältung, Grippe - Die Symptome im Vergleich

Symptome	Coronavirus	Erkältung	Grippe
Fieber	häufig	selten	häufig
Gliederschmerzen	manchmal	häufig	häufig
Halsschmerzen	manchmal	häufig	manchmal
Husten	häufig (trocken)	wenig	häufig (trocken)
Kopfschmerzen	manchmal	selten	häufig
Müdigkeit	manchmal	manchmal	häufig
Niesen	nein	häufig	nein
Schnupfen	selten	häufig	manchmal

Quelle: WHO, CDC

Die Corona-Erkrankung hat in ihrer Symptomatik keinerlei Alleinstellungsmerkmal. Alle Anzeichen, die auf eine Grippeerkrankung hindeuten, können auch als Corona-Symptome identifiziert werden.

Quelle:
1. morgenpost.de, Coronavirus: Typische Symptome und Anzeichen der Infektion, 15.04.2020

Wie tödlich ist das «Corona-Virus»?

Wenn ein gefährliches Virus durch Europa wütet, dann sagt einem schon der gesunde Menschenverstand, dass sich dadurch die Gesamttodeszahlen in Europa extrem erhöhen müssen. Das ist für jeden zu begreifen. Warum sollte man radikale Massnahmen wie Ausgangssperren durchsetzen, wenn keine klar höhere Sterblichkeit festzustellen ist? Das wäre Irrsinn.

Am 7. Januar 2020 wurde laut offiziellen Verlautbarungen das neue Corona-Virus (SARS-CoV-2) in China entdeckt. Studien bestätigen mittlerweile allerdings, dass das Virus schon Monate vorher zirkulierte. Das österreichische Nachrichten-Portal «die Presse» erklärt:

Forscher der ETH Zürich und ein Forschungsteam der Universität Mailand gehen inzwischen davon aus, dass das Virus bereits im Oktober-November 2019 angefangen hatte, zu zirkulieren, und nicht wie zunächst angenommen erst im Dezember. Diese Studien gehen davon aus, dass COVID-19 erst im Laufe der Zeit sein hohes Ansteckungspotential entwickelt hatte, doch nichtsdestotrotz hatte das Virus damit eigentlich mehr als genug Zeit, sich ungehindert verbreiten zu können. Man muss bedenken, dass sich eine infizierte Person, die Symptome entwickelt wie etwa Hustenreiz, bereits in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium befindet. Bereits Tage – ja sogar Wochen – bevor sich die Krankheit überhaupt bemerkbar macht, gilt der infizierte Mensch als potenzieller Überträger. Der Lockdown kam also in jedem Fall zu spät.[1]

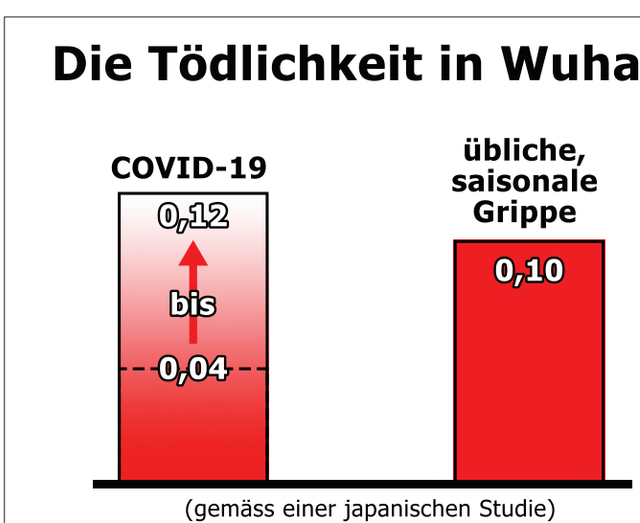
Hätte das Virus bei einer Inkubationszeit (Zeit zwischen Infektion mit einem Krankheitserreger und dem Auftreten der ersten Symptome) von gerade einmal zwei bis zehn Tagen[2] nicht schon früh im Winter 2019/2020 für hohe Todeszahlen auf der ganzen Welt sorgen müssen?

Die Gesamtmortalität in Europa lag allerdings monatelang im Normalbereich oder sogar darunter, obwohl COVID-19 Europa gemäss neuester Erkenntnisse längst erreicht hatte. Eine erhöhte Mortalität hätte frühzeitig im europäischen Monitoring (EuroMOMO) sichtbar werden müssen, doch diese war lange nicht festzustellen. [3] Erst Ende Februar 2020 wurde ein kurzzeitiger, mittlerweile wohl wieder zurückgehender Anstieg der Gesamttodeszahlen in Europa erkennbar. Inwieweit man diesen Anstieg einem gefährlichen Virus zurechnen kann, steht zur Debatte. Zahlreiche andere Faktoren (siehe S.32 ff.), vor allem die eingeleiteten Massnahmen, müssten ebenso berücksichtigt werden. Fakt ist: Auch die erhöhten allgemeinen Todeszahlen Ende Februar 2020 überschritten die vom Winter 2016/2017 nicht. Diese Zeit erhöhter Mortalität ging damals von der Öffentlichkeit weitgehend unbemerkt vonstatten. Es ist schwer nachzuvollziehen, wie ähnliche Ziffern heute einen europaweiten Shutdown rechtfertigen.

Ob dieses Hoch, auf das ganze Jahr gerechnet, eine Rolle spielen wird, ist noch unklar. Der deutsche Virologe Hendrik Streeck vermutete in einem Interview Mitte März, dass COVID-19 die Gesamtsterblichkeit in Deutschland nicht erhöhen werde, die normalerweise bei rund 2.500 Personen pro Tag liege. Streeck erwähnte den Fall eines 78 Jahre alten Mannes mit Vorerkrankungen, der an einem Herzversagen starb, nachträglich positiv auf COVID-19 getestet und deshalb in die Statistik der COVID-19-Todesfälle aufgenommen wurde. [4]

Harmloser als eine Grippe?

Eine epidemiologische Studie aus Japan kam zu dem Ergebnis, dass die Mortalität bei COVID-19-Patienten selbst in der chinesischen Stadt Wuhan bei nur 0.04% bis 0.12% gelegen habe und somit eher gerin-



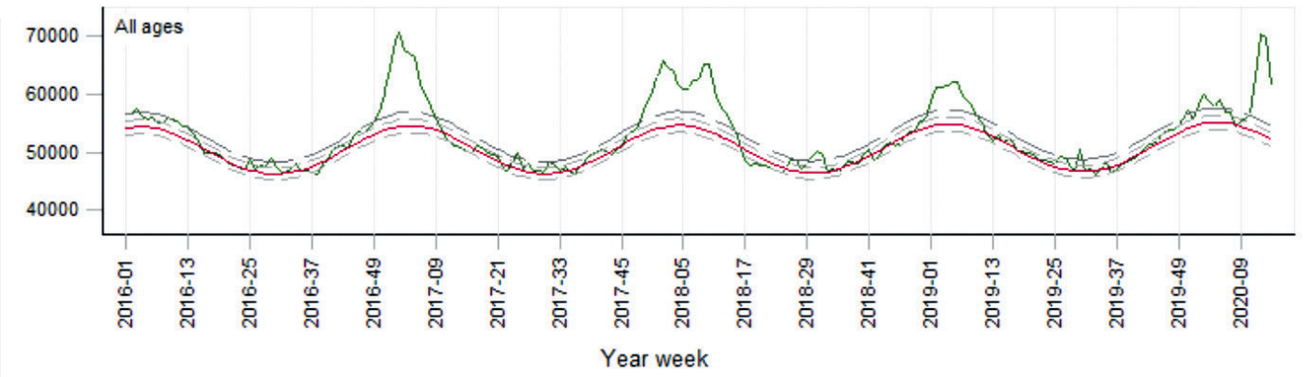
Quelle: medrxiv.org, Early epidemiological assessment of the transmission potential and virulence of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan City: China, January-February, 2020, Kenji Mizumoto, Katsushi Kagaya, Gerardo Chowell

Foto: Stefan Homburg (https://en.m.wikipedia.org/wiki/File:Stefan_Homburg_2013.jpg) https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/deed.en

«Der europäische ‹Mortalitäts-Monitor›, an den wöchentlich alle Sterbefälle gemeldet werden, zeigt sogar momentan eine Untersterblichkeit an. Auch der befürchtete Ansturm auf die Krankenhäuser ist ausgeblieben. Es fehlen somit belastbare Daten, die die Schwere der Eingriffe rechtfertigen.»

Professor Dr. Stefan Homburg, Direktor des Instituts für öffentliche Finanzen an der Leibniz-Universität in Hannover, am 02.04.2020 , als die Daten noch keine Übersterblichkeit anzeigten, Massnahmen jedoch bereits durchgesetzt wurden

Quelle: rundblick-niedersachsen.de, Finanz-Professor: «Das ist das grösste Umverteilungsprogramm in Friedenszeiten», 02.04.2020



EuroMOMO ist ein Netzwerk, welches Daten zur Sterblichkeit in Europa abbildet und veröffentlicht. Auf dem Bild zu sehen sind die gesamteuropäischen Daten von 2016 bis zur 15. Kalenderwoche 2020. Die Kurve der Todeszahlen (grün) geht jedes Jahr in den Wintermonaten nach oben und sinkt in der warmen Jahreszeit ab. Ob die erhöhten Totenziffern Ende Februar 2020 etwas mit einem tödlichen Virus zu tun haben, steht noch zur Debatte (siehe S.32 ff.). Selbst wenn dies der Fall wäre, ist damit am 12.04.2020 laut EuroMOMO nicht einmal die Sterblichkeit aus dem Winter 2016/2017 überschritten worden. Wie diese Zahlen einen europaweiten «Lockdown» rechtfertigen sollen, ist schwer nachzuvollziehen.

Eine erhöhte Sterblichkeit Ende Februar 2020 ist auch in Schweden feststellbar, das auf die extremen «Schutz-Massnahmen» wie im Rest Europas verzichtete. Würde man davon ausgehen, dass COVID-19 den Hauptfaktor für die Übersterblichkeit darstellt, dann müsste man auch feststellen, dass die europaweite Lockdown-Politik relativ nutzlos war, da die Todeszahlen in den meisten Ländern mit Lockdown genauso anstiegen wie in Schweden.

ger sei als bei der saisonalen Grippe, deren Todesrate bei ca. 0.1% liegt. Als Grund für die offenbar stark überschätzte Tödlichkeit von COVID-19 vermuten die Forscher, dass in Wuhan ursprünglich nur die schwereren Fälle erfasst worden seien, die Krankheit bei vielen Personen jedoch symptomlos oder mild verlief. [5]

Eine neue französische Studie mit dem Titel «SARS-CoV-2: Angst versus Daten» schlussfolgerte, dass «das Problem durch SARS-CoV-2 vermutlich überschätzt wird», da sich «die Mortalität von SARS-CoV-2 nicht wesentlich unterscheidet von gewöhnlichen Coronaviren (Erkältungsviren), die in einem Krankenhaus in Frankreich untersucht wurden». Diese «Corona-Viren» kommen jedes Jahr vor und werden bei Erkältungen regelmässig entdeckt, sind also nichts Besonderes und vor allem nichts besonders Gefährliches. [6]

Laut Stanford-Professor John P.A. Ioannidis gibt es für die derzeit beschlossenen Massnahmen keine ausreichende medizinische Datengrundlage. Das neue Coronavirus sei womöglich selbst bei älteren Personen nicht gefährlicher als einige der üblichen Corona-Viren. [7] Er zeigte anhand der Daten des Kreuzfahrtschiffes Diamond Princess, dass die alterskorrigierte Letalität (Anteil der Verstorbenen unter den Erkrankten) von COVID-19 bei 0.025% bis 0.625% liegt, das heisst im Bereich einer starken Erkältung oder einer Grippe.

Der deutsche Immunologe und Toxikologe Professor Stefan Hockertz erklärte in einem Interview, dass COVID-19 nicht gefährlicher sei als die Influenza (Grippe), sondern nur viel genauer beobachtet werde. Gefährlicher als das Virus seien die Angst und die Panik, die durch die Medien ausgelöst wurden, sowie die «autoritäre Reaktion» vieler Regierungen. Er betonte zudem, dass viele der angeblichen «Corona-Toten» in Wirklichkeit an anderen Erkrankungen gestorben und zusätzlich positiv auf Corona-Viren getestet worden seien. Hockertz vermutete, dass bis zu zehnmal mehr Personen als berichtet COVID-19 bereits gehabt, davon indes kaum etwas bemerkt hätten. [8]

Der argentinische Virologe und Biochemiker Pablo Goldschmidt erklärte ebenfalls, dass COVID-19 nicht gefährlicher sei als eine starke Erkältung oder die Grippe. Es sei sogar möglich, dass der COVID-19-Erreger bereits in früheren Jahren zirkulierte, aber nicht entdeckt worden

Foto: Axel Hindemith (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Klaus_P%C3%BCschel_NLD_Hannover_Vortrag.jpg) https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.en

> «Dieses Virus beeinflusst in einer völlig überzogenen Weise unser Leben. Das steht in keinem Verhältnis zu der Gefahr, die vom Virus ausgeht. Und der astronomische wirtschaftliche Schaden, der jetzt entsteht, ist der Gefahr, die von dem Virus ausgeht, nicht angemessen. Ich bin überzeugt, dass sich die Corona-Sterblichkeit nicht mal als Peak in der Jahressterblichkeit bemerkbar machen wird.»
>
> *Prof. Dr. Klaus Püschel, Rechtsmediziner und Chef der Hamburger Rechtsmedizin*

Quelle: mopo.de, Rechtsmediziner: «Ohne Vorerkrankung ist in Hamburg an Covid-19 noch keiner gestorben», 06.04.2020

Rechtsmediziner „Ohne Vorerkrankung ist in Hamburg an Covid-19 noch keiner gestorben“

Schlagzeile der Hamburger Morgenpost vom 06.04.2020. Aussage des Hamburger Rechtsmediziners Püschel, der mittlerweile schon über 100 positiv auf Corona getestete Verstorbene untersucht hat.

➔

➔ war, da man nicht nach ihm gesucht hatte. Dr. Goldschmidt sprach von einem «globalen Terror», der durch Medien und Politik erzeugt worden sei. Jedes Jahr würden weltweit drei Millionen Neugeborene und 50.000 Erwachsene allein in den USA an einer Lungenentzündung sterben.[9]

Der renommierte italienische Virologe Giulio Tarro argumentierte, dass die Mortalität von COVID-19 auch in Italien bei unter 1% liege und damit vergleichbar mit der Grippe sei. Die höheren Werte ergäben sich nur, weil nicht zwischen Todesfällen mit und durch COVID-19 (siehe S.32 ff.) unterschieden werde, und weil die Anzahl der (symptomfreien) Infizierten stark unterschätzt werde.[10]

Virologie-Professor Dr. Carsten Scheller von der Universität Würzburg erklärte in einem Podcast, dass Corona durchaus mit der Influenza vergleichbar sei und bisher sogar zu weniger Todesfällen geführt habe. Er vermutete, dass die in den Medien oft dargestellten Exponentialkurven eher mit der zunehmenden Anzahl an Tests zu tun haben könnten als mit einer ungewöhnlichen Ausbreitung des Virus selbst.[11]

Auch was die Ansteckungsgefahr angeht, ist der Corona-Virus eher harmlos: In einem neuen Faktenblatt schreibt die WHO, dass sich COVID-19 nach bisherigen Erkenntnissen langsamer als die Influenza verbreite (um circa 50%), und dass die vorsymptomatische Übertragung von COVID-19 wesentlich niedriger liege als bei der Influenza.[12] Grossbritannien hat COVID-19 übrigens inzwischen von der Liste der gefährlichen Infektionskrankheiten entfernt, da die Mortalitätsrate «insgesamt niedrig» liege.[13]

Quellen:

1. diepresse.com, Coronavirus ist älter als angenommen
2. mdr.de, Corona-FAQ: Fragen und Antworten zum neuartigen Virus
3. euromomo.eu, Mortality monitoring in Europe
4. faz.net, «Wir haben neue Symptome entdeckt», 16.03.2020
5. medrxiv.org, Early epidemiological assessment of the transmission potential and virulence of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan City: China, January-February, 2020, Kenji Mizumoto, Katsushi Kagaya, Gerardo Chowell
6. sciencedirect.com, SARS-CoV-2: fear versus data, Yanis Roussel, Audrey Giraud-Gatineau, 19.03.2020
7. statnews.com, A fiasco in the making? As the coronavirus pandemic takes hold, we are making decisions without reliable data, John P.A. Ioannidis, 17.03.2020
8. youtube.com, Professor Hockertz zu Corona: Nicht gefährlicher die früher gehabten Influenza-Viren, 23.03.2020
9. clarin.com, Pablo Goldschmidt «Coronavirus: El pánico es injustificado, dice un virólogo argentino en Francia»
10. cybermednews.eu, Interview to the Virologist Giulio Tarro, 16.03.2020
11. youtube.com, Corona Virus - Prof. Dr. Carsten Scheller bekräftigt Vergleich mit Influenza, vom 24.03.20
12. who.int, Q&A: Similarities and differences - COVID-19 and influenza, 17.03.2020
13. gov.uk, Status of COVID-19

«[Unser Artikel] kommt zu dem Schluss, dass das Problem von SARS-CoV-2 wahrscheinlich überschätzt wird, da jedes Jahr 2,6 Millionen Menschen an Atemwegsinfektionen sterben, verglichen mit weniger als 4.000 Todesfällen bei SARS-CoV-2 zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Artikels.»

Die französischen Wissenschaftler Yanis Roussel, Audrey Giraud-Gatineau, Marie-Thérèse Jimenoe, Jean-Marc Rolain, Christine Zandotti, Philippe Colson und Didier Raoult in einem Beitrag zur «Corona-Krise»

Quelle: sciencedirect.com, SARS-CoV-2: fear versus data, 19.03.2020

Forscher der US-Elite-Uni Stanford behaupten

Corona ist nicht gefährlicher als eine Grippe!

Schlagzeile bei Blick-Online am 21.04.2020

«Unsere Daten deuten darauf hin, dass COVID-19 eine Infektionssterblichkeitsrate aufweist, die im gleichen Bereich liegt wie die saisonale Grippe.»

Stanford-Professor John P.A. Ioannidis über eine von ihm geleitete Studie zur Verbreitung von COVID-19

Quelle: blick.ch, Forscher der US-Elite-Uni Stanford behaupten: Corona ist nicht gefährlicher als eine Grippe!, 21.04.2020

«Sie haben eine Infektion, die etwas ernster ist als eine Grippe mit einer tödlichen Pandemie verwechselt. [...] Dieser Wahnsinn wird noch sehr wehtun. Vor allem in wirtschaftlicher Hinsicht.»

Prof. Dr. Maria Rita Gismondo, Virologin aus Italien und Direktorin eines biomedizinischen Instituts in Mailand, über «Corona»

Quelle: corriere.it, Coronavirus, la direttrice del laboratorio Sacco: «State calmi, una follia che farà male». La risposta di Burioni, 20.02.2020

FOCUS

«Während der Coronavirus in aller Munde ist, hört man von der Grippewelle derzeit allerdings wenig. Dabei sind Ansteckungsgefahr und Sterblichkeit bei Influenzaviren nach Experten-Einschätzung etwa gleich hoch wie beim Coronavirus. ‹Corona ist auf keinen Fall gefährlicher als Influenza›, sagt Chefarzt Clemens Wendtner von der Schwabinger Klinik für Infektiologie, wo sieben der dreizehn Corona-Infizierten in Deutschland in Behandlung sind. ‹Wir gehen davon aus, dass die Sterblichkeit deutlich unter einem Prozent liegt, eher sogar im Promillebereich›, erklärt Wendtner. Das sei eine ähnliche Grösse wie bei der Influenza.»

Focus-Online am 07.02.2020

Quelle: focus.de, «Coronavirus ist nicht gefährlicher als Influenza», 07.02.2020

Immunologe Prof. Hockertz: Corona nicht gefährlicher als Grippe!

- **Corona-Gefährlichkeit und -Sterberate ähnlich wie bei üblicher Influenza**
- **Krankenhaushygiene in Italien und Spanien schlicht erbärmlich und Spitäler dadurch schon bei normaler Influenzawelle überfordert**
- **Corona ist nur für Alte und Kranke (5% der Bevölkerung) gefährlich**
- **95% zeigen keine oder nur leichte Symptome**
- **25.000 Grippetote 2018, keiner hat berichtet**
- **Deutsche/Schweizer Krankenhäuser sind noch nicht überlastet**

→ **Die Reaktion der Politik ist unverhältnismässig, autoritär, rechthaberisch und masslos!**

Quelle: RS2 Interview mit Immunologe Prof. Dr. Stefan Hockertz, 24.3.2020

«[...] wir haben es hier mit einem Corona-Virus zu tun, welches in etwa die Gefährlichkeit besitzt wie Influenza.»

Stefan W. Hockertz, Immunologe, Toxikologe und Professor

Quelle: rs2.de, Interview mit Immunologe Prof. Dr. Stefan Hockertz vom 24. März 2020

«Die Infektion mit dem Coronavirus selbst ist zunächst einmal nicht wirklich anders als eine Infektion mit dem Grippevirus. Coronaviren sind keine Killerviren, sondern ganz normale Erkältungsviren.»

Carsten Scheller, Würzburger Virologe-Professor

Quelle: mainpost.de, Coronavirus in Unterfranken: Was wir wissen und was nicht, 13.03.2020

Stanford-Professoren: Schätzung der WHO «zutiefst fehlerhaft»

«Die Furcht vor COVID-19 basiert auf seiner hohen geschätzten Todesrate – laut Weltgesundheitsorganisation und anderen Organisationen sind 2 bis 4% der Menschen mit bestätigtem COVID-19 gestorben. [...] Wir glauben, dass diese Schätzung zutiefst fehlerhaft ist. [...] Wenn die Zahl der tatsächlichen Infektionen viel grösser ist als die Zahl der Fälle [...], dann ist auch die tatsächliche Sterblichkeitsrate viel niedriger. Das ist nicht nur plausibel, sondern nach dem, was wir bisher wissen, auch wahrscheinlich.»

Prof. Dr. Eran Bendavid und Prof. Dr. Jay Bhattacharya, Medizin-Professoren an der Stanford-Universität

Quelle: wsj.com, Is the Coronavirus as Deadly as They Say?, 24.03.2020

Mitteldeutsche Zeitung

«‹Corona ist mehr ein Kopf-Problem.› Eine deutlich höhere Gefahr als vom Corona-Virus gehe derzeit von der Grippe aus, so der Mediziner.»

Die Mitteldeutsche Zeitung Online über Aussagen von Dr. Michael Hable, Amtsarzt

Quelle: mz-web.de, Gesundheit in Wittenberg Amtsarzt: «Corona ist mehr ein Kopf-Problem», 05.03.2020

«Ich empfinde, was im Moment läuft, ist das, was wir mehr oder weniger jeden Winter erleben. [...] Die Ansteckung ist hoch. **Aber die Krankheit ist aus meiner Sicht nicht so schlimm wie die Influenza.** [...] Ich bin der Ansicht, dass man eigentlich hier selektiv nur eine Sache anschaut und die mit einer gewissen Panik füllt. [...] Ich bin der Ansicht, dass wir solche Situationen schon mehrfach hatten und dass jetzt in Bezug auf die Massnahmen der Bogen überspannt wird. [...] Wir brauchen Luft und Sonne, Luft verdünnt die Viren und Sonne mit UV-Licht, tötet sie. Aber bloss keine Ausgangssperre! Auf der Strasse steckt man sich nicht an!»

Prof. Karin Mölling, ehemalige Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie an der Universität Zürich

Quote: de.sputniknews.com, «Ausgangssperren sind das falsche Mittel» – Renommierte Virologin über Corona-Krise, 20.03.2020

Seit mehreren Wochen wird in der deutschen Gemeinde Gangelt eine Studie durchgeführt, die zeigen soll, wie weit sich das «Corona-Virus» dort bereits ausgebreitet hat.

Zwischenergebnisse der «Heinsberg-Studie»: COVID-19-Gefahr von WHO und Johns Hopkins Universität weit überschätzt

Die «COVID-19 Case-Cluster-Study» – in den Medien häufig als «Heinsberg-Studie» bezeichnet – ist eine bisher (Stand Ende April 2020) nicht abgeschlossene, unveröffentlichte Studie über Ausbreitung und Verlauf der durch das SARS-CoV-2 ausgelösten COVID-19-Pandemie in der deutschen Gemeinde Gangelt. Die Studie soll Letalität, Dunkelziffern und Immunität bezüglich SARS-CoV-2 untersuchen und Handlungsempfehlungen geben.

Die Zwischenergebnisse der «Heinsberg-Studie» zeigen auf, dass die Letalität (Anteil der Verstorbenen unter den Erkrankten) von COVID-19 bei 0.37% und die Mortalität (auf die Gesamtbevölkerung bezogen) bei 0.15% liegt. Diese Werte sind rund zehnmal tiefer als jene der WHO und rund fünfmal tiefer als jene der Johns Hopkins Universität, die lange in den Medien kursierten. Nach diesen Zwischenergebnissen wäre COVID-19 vergleichbar mit einer Grippe. ***(tk)***

Quelle: de.wikipedia.org, COVID-19 Case-Cluster-Study

«In Italien sind die Zahl der Todesfälle während der regulären Grippesaison jedes Jahr 20-mal höher als die Zahl derer, die bisher mit COVID-19 gestorben sind. [...] Die Mehrheit der Experten [...] glaubt, dass asymptomatische Fälle 10- bis 100-mal höher sind. Daher wird die Sterblichkeitsrate nicht 7,4% betragen, sondern mindestens zehnmal niedriger sein. [...] Diese Daten bestätigen, dass wir immer noch vor einer Panik-Epidemie stehen und dass die Medien die Hauptverbreiter sind»

Dr. Leopoldo Salmaso aus Italien, Spezialist für Infektions- und Tropenkrankheiten

Quelle: steigan.no, Italia, epidemi, panikkspredning og ansvar, 16.03.2020

Wichtigster Seuchen-Berater der US-Regierung: COVID-19 mit Grippe vergleichbar!

«Dies deutet darauf hin, dass die klinischen Gesamtfolgen von COVID-19 letztlich eher denen einer schweren saisonalen Grippe (mit einer Todesfallrate von etwa 0,1%) oder einer pandemischen Grippe (ähnlich denen von 1957 und 1968) ähneln als einer Krankheit wie SARS oder MERS, bei denen die Todesfälle 9 bis 10% bzw. 36% betrugen.»

Dr. Anthony S. Fauci, Immunologe und Berater der US-Regierung, in einem Artikel im New England Journal of Medicine, Co-Autoren: Dr. H. Clifford Lane und Dr. Robert R. Redfield

Quelle: nejm.org, Covid-19 — Navigating the Uncharted, 26.03.2020

Gibt es mehr Atemwegserkrankungen?

Das Corona-Virus soll eine Atemwegserkrankung bzw. in vielen Fällen eine schwere Lungenentzündung auslösen. Es müsste also durch Corona zu einer rasanten Verbreitung dieser Symptome kommen. Ist das der Fall?

Der Forscher Stephen McIntyre hat Ende März 2020 die offiziellen Daten zu Todesfällen durch Lungenentzündungen in den USA ausgewertet. Diese lagen sogar unter dem Normalbereich. In der 47. Kalenderwoche des Jahres 2019 wurden 2.988 Tote durch Lungenentzündungen registriert, in der 10. Kalenderwoche 2020 nur 2258. [1] Daten der «US Health Weather Map» vom 25. März zeigten in den ganzen USA auch eine abnehmende Anzahl an grippeähnlichen Erkrankungen, deren Häufigkeit sogar deutlich unter dem mehrjährigen Durchschnitt lag. Die Regierungsmassnahmen können als Grund hierfür ausgeschlossen werden, da sie noch keine Woche in Kraft waren. [2]

Der Influenza-Bericht des deutschen Robert Koch Instituts (RKI) vom 24. März dokumentiert eine «bundesweite sinkende Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen»: Die Anzahl der grippeähnlichen Erkrankungen und dadurch bedingter Krankenhausaufenthalte liege unter dem Wert der Vorjahre und sei derzeit weiter rückläufig. [3]

Die Anzahl der Atemwegs- und Lungenerkrankungen scheint also im Normalbereich zu liegen – wenn nicht darunter. Die Zahlen aus Deutschland sprechen klar gegen das Argument, der Anstieg der Todesziffern Ende Februar 2020 (siehe S.24 f.) sei die Folge solcher Erkrankungen, ausgelöst durch ein Virus. ***(tk)***

Quellen:

1. twitter.com, Stephen McIntyre, 26.03.2020
2. healthweather.us, US Health Weather Map
3. influenza.rki.de, Kalenderwoche 12/2020 (14.3. bis 20.3.2020)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Year	Week	Percent	Expecte	Thresh	All Deaths	Pneumonia D	Influenz	Deaths
22	2019	47	5.431013	6.04456	6.38023	55938	2988	50	
23	2019	48	5.494924	6.15868	6.49435	55160	2966	65	
24	2019	49	5.973192	6.27084	6.60651	56402	3272	97	
25	2019	50	6.211049	6.37943	6.7151	56641	3409	109	
26	2019	51	6.081753	6.4829	6.81857	56316	3302	123	
27	2019	52	6.313189	6.57975	6.91543	57071	3411	192	
28	2020	1	7.445017	6.66862	7.00429	58200	3930	403	
29	2020	2	7.463685	6.74822	7.08389	58309	3920	432	
30	2020	3	7.487987	6.81743	7.1531	56397	3804	419	
31	2020	4	7.343023	6.87525	7.21092	55454	3621	451	
32	2020	5	7.1644	6.92088	7.25655	54045	3450	422	
33	2020	6	7.166311	6.95365	7.28932	53905	3416	447	
34	2020	7	7.252605	6.97313	7.3088	52588	3354	460	
35	2020	8	7.105444	6.97903	7.3147	50975	3167	455	
36	2020	9	7.240137	6.9713	7.30697	46919	2910	487	
37	2020	10	7.096932	6.95007	7.28574	36706	2258	347	
38									
39									

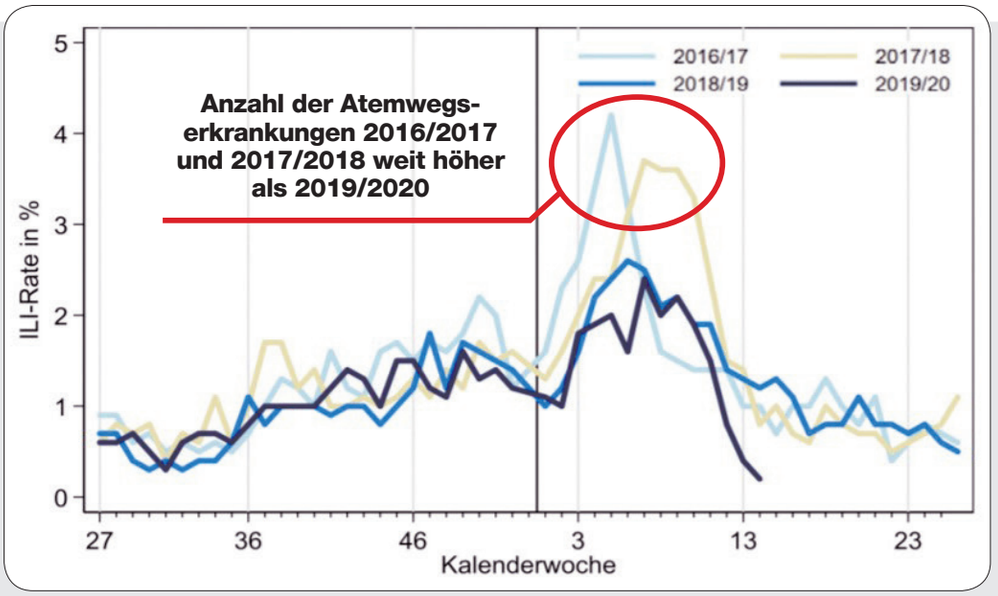
Sowohl die absoluten Todeszahlen als auch die Todesfälle durch Lungenentzündungen (gelb) sind in der 10. Kalenderwoche 2020 in den USA sehr niedrig.

«Ich denke, was wir sehen, ist ein Tsunami einer gewöhnlichen milden Krankheit, der über Europa fegt [...] Die meisten Menschen, die es bekommen, werden noch nicht einmal merken, dass sie infiziert sind.»

Professor Dr. Johan Giesecke, Epidemiologe, Schweden

Quelle: youtube.com, Why lockdowns are the wrong policy - Swedish expert Prof. Johan Giesecke, 17.04.2020

Diese Daten zur Häufigkeit von akuten Atemwegserkrankungen in Deutschland stammen aus dem 14. Influenza-Wochenbericht des Robert Koch Instituts (RKI, siehe S.12 f.). Man erkennt deutlich, dass die Aktivität der Atemwegserkrankungen in den Jahren 2019/20 (dunkelblau) keinen auffälligen Verlauf zeichnet, sogar sehr weit unter den Jahren 2016/2017 und 2017/2018 liegt. Müsste die Anzahl der Atemwegserkrankungen durch «Corona» nicht extrem ansteigen?



Entspannte Lage in den meisten Krankenhäusern

Viele Klinikbetten für eingeplante Corona-Patienten stehen leer.

In den meisten Regionen ist die prophezeite Überbelastung der Krankenhäuser nicht eingetreten. Beispielsweise zeigt das Register der deutschen Intensivstationen (DIVI) entgegen Medienberichten Mitte April 2020 keine erhöhte Belegung. [1] Die ZEIT schreibt dazu: «Zurzeit beobachten Politiker, Fachleute und viele Bürger täglich mit Sorge die exponentiell steigende Zahl der Menschen, die sich neu infizieren. Jedoch ist das nicht die entscheidende Kennziffer, um einschätzen zu können, wie schwer die «Corona-Krise» Deutschland trifft und treffen wird. Denn sie wird vor allem durch die Zahl der seit Wochen steigenden Tests verfälscht. Um die Belastung des Gesundheitssystems zu messen, ist dagegen vor allem die Zahl derjenigen wichtig, die so schwer erkrankt sind, dass sie beatmet werden müssen. Solange es genug Beatmungsplätze für sie gibt, können sehr viele von ihnen gerettet werden. Erst wenn diese Betten knapp werden, droht eine Situation wie in Italien.

Das DIVI-Register zeigt nun, dass die Lage in den deutschen Intensivstationen bisher entspannt ist. ‹Noch sind wir in einem komfortablen Bereich›, sagt [der Epidemiologe] Grabenhenrich. Die Zahl der schwer Erkrankten steige längst nicht so steil wie die Zahl der Infizierten und selbst wenn, könne man noch sehr viele Intensivbetten mit einer sehr guten Ausstattung zur Verfügung stellen.» [2]

Auch dutzende private Fotos zeigen, dass es in den Krankenhäusern an der US-Ost- und Westküste, die von Medien als «Kriegsschauplätze» (war zones) beschrieben werden, derzeit überaus ruhig ist. Auch die in den Medien prominent gezeigten «Leichenkühlwagen» seien unbenutzt und leer. [3]

Ähnliche Bilder in der Schweiz: In Schweizer Kliniken ist bisher keine erhöhte Belegung zu erkennen. Ein Besucher des Kantonsspitals Luzern berichtete, dass dort «weniger los ist als in Normalzeiten». Ganze Stockwerke seien für COVID-19 gesperrt worden, aber das Personal «warte immer noch auf die Patienten». Auch die Krankenhäuser in Bern, Basel, Zug und Zürich seien «leergefegt». [4]

Erste Schweizer Krankenhäuser müssen aufgrund der sehr geringen Auslastung Kurzarbeit anmelden: «Das Personal hat in allen Abteilungen zu wenig zu tun und hat in einem ersten Schritt Überzeiten abgebaut. Jetzt wird auch Kurzarbeit angemeldet. Die finanziellen Folgen sind gross.» [5] Eine Studie der ETH Zürich hatte übrigens für den 2. April erste Engpässe in Schweizer Kliniken prognostiziert. Davon war an diesem Tag nichts zu sehen. [6] ***(tk)***

Quellen:

1. intensivregister.de, Intensivregister - Öffentlich, 07.04.2020
2. zeit.de, Wie viele Intensivbetten gibt es in meiner Region?, 01.04.2020
3. youtube.com, More good news? Citizen reporters go & do what the media won't!, 31.03.2020
4. nzz.ch, Das Tessin verlegt erste Corona-Patienten in Deutschschweizer Spitäler, 31.03.2020
5. engadinerpost.ch, Engadiner Spitäler haben freie Kapazitäten, 03.04.2020
6. toponline.ch, Studie bestätigt: Engpass bei Spitalbetten steht kurz bevor, 27.03.2020

Foto: Kasa Fue (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Gerald_Ga%C3%9F_Mai_2019_2.jpg) https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en

«[Abgesehen von einigen Ausnahmen] haben wir eine entspannte Situation in den Krankenhäusern. Sogar entspannter als vor einem Jahr zum gleichen Zeitpunkt.»

Gerald Gaß, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), über die Auslastung deutscher Krankenhäuser Mitte April 2020

Quelle: n-tv.de, Krankenhäuser in Corona-Krise «Situation ist entspannter als vor einem Jahr», 16.04.2020

«Bis heute steht ein grosser Teil der hektisch freigeräumten Intensivbetten in Kliniken leer. Es hat sich herumgesprochen, dass die ersten Prognosen einer ungebremsten exponentiellen Verbreitung des angeblich ganz neuen Coronavirus weit übertrieben waren.»

Dr. Johannes Wollbold, Systembiologe und Mathematiker

Quelle: rubikon.news, 120 Expertenstimmen zu Corona, 20.04.2020

NEWS

14th April

Coronavirus in Scotland: More than half of ICU beds empty

Nur ein Beispiel von vielen: Die schottische Zeitung «The Herald» meldet Mitte April, dass die Hälfte der (aufgestockten) Intensivbetten weiterhin leersteht. Die Aufnahme neuer Patienten würde inzwischen stagnieren.

Quelle: heraldscotland.com, Coronavirus in Scotland: More than half of ICU beds empty, 14.04.2020

«Ich halte [das Corona-Virus] bisher noch nicht einmal für gefährlicher als bestimmte Varianten des Grippevirus.»

Detlev Krüger, Vorgänger von Christian Drosten am Institut für Virologie der Charité in Berlin

Quelle: de.sputniknews.com, Drosten-Vorgänger Krüger: «Corona nicht gefährlicher als Grippe» – Exklusiv, 25.04.2020

FAZIT

ERSTAUNLICH: Das vermeintliche Virus SARS-CoV-2 führt weder zu einem neuen, noch zu einem besonders schweren oder besonders ansteckenden Krankheitsbild. Damit ist schon der erste Schritt der klinischen Diagnose einer neuen, gefährlichen Krankheit nicht erfüllt. Die nächsten Schritte würden sich eigentlich erübrigen.

2. Schritt:

Es muss eine sorgfältige Anamnese (Erfragung der Krankheitsgeschichte) stattfinden.

Foto: Robert Kneschke/Shutterstock

Wir gehen in unserem Beispiel davon aus, dass die Symptome der Blauohrenkrankheit bisher unbekannt waren. Als erstes wäre nun zu prüfen, welche individuellen Faktoren die Krankheit (mit-)verursacht haben könnten und ob gemeinsame Faktoren bei allen betroffenen Personen vorliegen. Haben sie z.B. das gleiche Wasser getrunken, das gleiche Obst gegessen, im gleichen Laden eingekauft, die gleiche Zahnpasta verwendet, von der Dosen-Delikatesse eines bestimmten Herstellers gekostet, haben sie ihre Türen mit den gleichen Holzschutzmitteln angestrichen, gehen sie zum selben Friseur, haben sie das gleiche Handy oder DECT-Telefon, sind nur Frauen oder nur Männer betroffen, oder nur eine bestimmte Altersgruppe oder nur eine bestimmte Volksgruppe, sind die Kranken mehrheitlich übergewichtig und so weiter. Sowohl psychosomatische als auch toxische (giftige) oder sonstige krankheitsverursachende Faktoren sind sorgfältig abzuklären. Erst wenn die Suche nach naheliegenden Ursachen erfolglos war, wäre eine Erregersuche angesagt. Denn würde zuerst nach Erregern gesucht, bestünde die Gefahr, dass andere wesentliche Faktoren einfach übersehen würden.

Wie alt und vorerkrankt waren die Corona-Toten?

Um Corona zu einer «Epidemie» zu erklären, müsste erst einmal klar festgestellt werden, dass die COVID-19-positiv-Getesten auch «an» und nicht nur «mit» dem Corona-Virus gestorben sind. Der grosse Elefant im Raum ist, dass die meisten kommunizierten Corona-Toten das durchschnittliche Sterbealter erreicht oder sogar überschritten hatten. Es scheint, als würde ihr Alter als viel wahrscheinlicherer Hauptfaktor für ihr Ableben einfach beiseitegeschoben werden. Das Durchschnittsalter der Verstorbenen liegt in Italien bei 80,5 Jahren [1], in Deutschland bei 82 Jahren [2], in Frankreich bei 81,2 Jahren [3] und in der Schweiz bei 83 Jahren. [4]

Anzahl der Vorerkrankungen der untersuchten «Corona-Toten» in Italien

(Stand Mitte April 2020)

Anzahl	%
0	3,6
1	14,4
2	20,7
3 oder mehr	61,3

Werfen wir hier einen genaueren Blick auf Italien: Laut den Angaben des italienischen Nationalen Gesundheitsinstituts ISS (Stand Anfang März 2020) waren 10% der Verstorbenen über 90 Jahre alt und nahezu alle der Verstorbenen waren über 60 Jahre alt, die meisten über 70. Menschen unter 60 kommen als «Corona-Tote» also sehr selten vor. [5] 80% der Verstorbenen hatten zwei oder mehr chronische Vorerkrankungen. 50% der Verstorbenen hatten drei oder mehr chronische Vorerkrankungen. Zu den chronischen Vorerkrankungen zählen insbesondere Herz-Kreislauf-Probleme, Diabetes, Atemprobleme und Krebs. Bei weniger als 1% der Verstorbenen handelte es sich um gesunde Personen, das heisst um Personen ohne chronische Vorerkrankungen. Bei den zwei italienischen Verstorbenen unter 40 Jahren (beide 39 Jahre alt) habe es sich um einen Krebspatienten sowie um einen Diabetes-Patienten mit weiteren Komplikationen gehandelt. Ob die Toten wirklich «an» Corona verstorben sind, ist demnach stark zu bezweifeln.

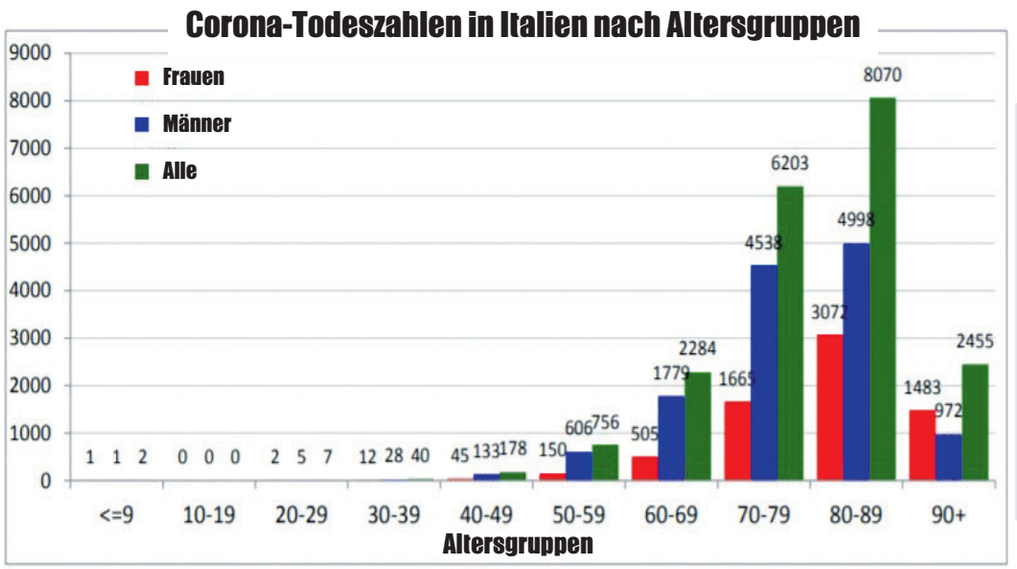
Häufigste Vorerkrankungen der untersuchten «Corona-Toten» in Italien

(Stand Mitte April 2020)

Krankheit	%
Bluthochdruck	69,7
Typ-2-Diabetes	32,0
Ischämische Herzkrankheit	27,7
Chronisches Nierenversagen	22,0
Herzrhythmusstörung Vorhofflimmern	21,9
Chronische obstruktive Lungenerkrankung	17,8
Aktiver Krebs in den letzten 5 Jahren	16,2
Herzfehler	15,5
Demenz	14,6
Fettleibigkeit	11,8
Herzinfarkt	10,9

Autounfälle als «Corona-Tote»?

Der Präsident des italienischen Zivilschutzes bestätigte auf einer Pressekonferenz, dass es sich bei den kommunizierten Corona-Toten um Todesfälle «mit dem Coronavirus und nicht durch das Coronavirus» handelt. [6] Das bedeutet, diese Personen könnten genauso an etwas anderem verstorben sein, während sie zusätzlich positiv getestet wurden. In Deutschland dasselbe: Der Präsident des deutschen Robert Koch Instituts (RKI) bestätigte, dass



Diese Daten stammen aus dem offiziellen COVID-19-Report des italienischen Gesundheitsministeriums vom 16.04.2020. «Corona-Tote» in einem Alter unter 40 sind nahezu nicht-existent und diese wenigen Ausnahmefälle hatten meist eine Vorerkrankung.

das RKI alle testpositiven Todesfälle, unabhängig von der wirklichen Todesursache, als «Corona-Todesfälle» erfasse.[7]

Auch in Österreich werden die «Corona-Todesfälle» offenbar «sehr liberal» definiert, wie das Nachrichtenportal heute.at berichtet: «Zählt man auch als Corona-Toter, wenn man mit dem Virus infiziert, aber an etwas anderem gestorben ist? Ja, sagen Rudi Anschober und Bernhard Benka, Mitglied der Corona-Task Force im Gesundheitsministerium. ‹Es gibt eine klare Regel derzeit: Gestorben mit dem Coronavirus oder an dem Coronavirus›, führt Benka aus. Alle diese Fälle zählen zur Statistik. Ein Unterschied, woran der Patient tatsächlich gestorben ist, wird nicht gemacht. Flapsig formuliert zählt also auch ein 90-Jähriger, der mit einem Oberschenkelhalsbruch stirbt und sich in den Stunden vor seinem Tod mit Corona infiziert, als Corona-Toter. Um nur ein Beispiel zu nennen.»[8]

Warum keine Autopsie?

Laut dem italienischen Professor Walter Ricciardi geben «nur 12% der Todeszertifikate das Coronavirus als einen Grund an», während in öffentlichen Berichten «alle Todesfälle, die im Krankenhaus mit dem Coronavirus sterben, als Todesfälle durch das Coronavirus gezählt werden». Somit müssten die in den Medien genannten italienischen Todeszahlen durch mindestens den Faktor acht dividiert werden, um die tatsächlich durch das Corona-Virus verursachten Todesfälle zu erhalten. Dies ergibt höchstens einige Dutzend Todesfälle pro Tag, verglichen mit einer normalen Gesamtsterblichkeit von 1.800 pro Tag und bis zu 20.000 Grippetoten pro Jahr in Italien.[9]

Eigentlich könnte man die Frage nach «an» oder «mit» dem Corona-Virus Verstorbenen mit einer Autopsie beantworten. Das RKI riet jedoch lange von Autopsien testpositiver Verstorbener ab, da das Risiko einer Tröpfcheninfektion durch Aerosole angeblich zu hoch sei. Dadurch kann die wirkliche Todesursache in vielen Fällen aber nicht mehr bestimmt werden. Hat das RKI daran etwa gar kein Interesse?

Ein Facharzt für Pathologie kommentiert diese Empfehlung des RKI wie folgt: «Ein Schelm, wer Böses dabei denkt! Bisher war es für Pathologen selbstverständlich, mit entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen auch bei infektiösen Erkrankungen wie HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose, PRION-Erkrankungen usw. zu obduzieren. Es ist schon bemerkenswert, dass bei einer Seuche, die über den ganzen Globus hinweg Tausende von Patienten dahinrafft und die Wirtschaft ganzer Länder nahezu zum Stillstand bringt, nur äusserst spärliche Obduktionsbefunde (sechs Patienten aus China) vorliegen. Sowohl aus seuchenpolizeilicher als auch aus wissenschaftlicher Sicht sollte hier doch ein besonders grosses öffentliches Interesse an Obduktionsbefunden bestehen. Das Gegenteil ist aber der Fall. Hat man Angst davor, die wahren Todesursachen der positiv getesteten Verstorbenen zu erfahren? Könnte es sein, dass die Zahlen der Corona-Toten dann dahinschmelzen würden wie Schnee in der Frühlingssonne?»[10] ***(tk)***

In Deutschland, Italien oder Österreich würde ein Autounfall bei einem vor oder sogar nach dem Tod durchgeführten positiven Corona-Test wohl tatsächlich in die Statistik der COVID-19-Todesfälle eingehen.

Quellen:

1. epicentro.iss.it, Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a COVID-19 in Italia Il presente reportè basato sui dati aggiornati al 17 Marzo 2020
2. deutschlandfunk.de, RKI: Corona-Tote in Deutschland derzeit im Durchschnitt 82 Jahre alt, 06.04.2020
3. santepubliquefrance.fr, COVID-19 : point épidémiologique du 24 mars 2020
4. blick.ch, BAG-Koch zu neuen Zahlen: «Corona-Tote sind im Mittel 83 Jahre alt», 04.04.2020
5. epicentro.iss.it, Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a COVID-19 in Italia
6. youtube.com, Conferenza stampa 20 marzo 2020 ore 18.00 - Coronavirus, 20.03.2020
7. RKI-Pressekonferenz vom 20. März 2020, Minute 16:25
8. heute.at, Österreich bei Corona-Todesstatistik sehr liberal, 02.04.2020
9. web.archive.org, Why have so many coronavirus patients died in Italy?, 23.03.2020
10. youtube.com, Corona 16 Obduktion, 02.04.2020

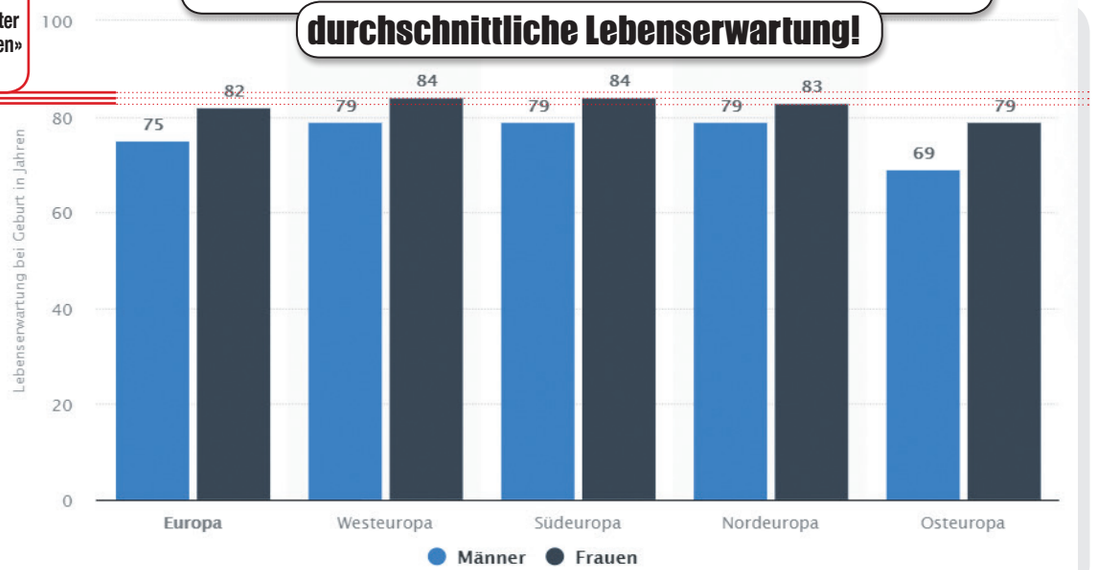
83 Jahre
Durchschnittsalter der «Corona-Toten» in der Schweiz

84 Jahre
Durchschnittsalter der «Corona-Toten» in Norwegen

82 Jahre
Durchschnittsalter der «Corona-Toten» in Deutschland

Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt in Europa für Männer bei 75 Jahren und für Frauen bei 82. Wenn wir diese Zahlen mit dem durchschnittlichen Alter der Todesfälle vergleichen, die dem Corona-Virus zugeschrieben werden, darf man schon mal stutzig werden. Das mittlere Corona-Todesalter liegt meist höher als die durchschnittliche Lebenserwartung.

Durchschnittsalter der «Corona-Toten» oft höher als durchschnittliche Lebenserwartung!



† Wer sind die Coronatoten? †

- **Durchschnittlich >80 Jahre alt!**
  Deutschland: 82 Jahre
  Schweiz: 83 Jahre
  Österreich: 80 Jahre
  → entspricht somit der durchschnittl. Lebenserwartung!
- **Kaum Todesfälle unter 60 Jahren!**
- **Durchschnittlich mehr als 2 Vorerkrankungen wie Krebs, Herz-Kreislauf, Diabetes etc.!**
- **Kein medizinischer Nachweis für Corona als Todeshauptursache!**
- **Keine Unterscheidung, ob mit oder am Coronavirus verstorben!**

Wird hier normales Sterbeverhalten einfach zu Corona-Todesfällen umgedeutet?

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

«Wir analysieren die Alters- und Geschlechtsverteilung der gemeldeten COVID-19-Verstorbenen in Österreich. Übereinstimmend mit internationalen Studien legen auch die österreichischen Daten nahe, dass das Sterberisiko mit dem Alter stark ansteigt. Die beobachtete Altersabhängigkeit ist konsistent mit der des allgemeinen jährlichen Sterberisikos in Österreich.»

Institut für Medizinische Statistik (IMS) der Medizinischen Universität Wien

Quelle: cemsiis.meduniwien.ac.at, Erste Analysen österreichischer COVID-19 Sterbezahlen nach Alter und Geschlecht, 21.04.2020

«Obduktionen an COVID-19-verstorbenen Patienten sind nicht gefährlicher als andere infektiöse Verstorbene [sic], zum Beispiel Tuberkulose- oder HIV- oder Hepatitis-C-Infizierte. [...] Natürlich hat die Obduktion einen ganz wesentlichen Beitrag zu leisten, [...] die richtige Todesursache zu klären. Ob man an COVID verstorben ist oder mit COVID. Es geht auch darum, dieses neue Krankheitsbild besser zu verstehen.»

Professor Dr. Gustavo Baretton, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (DGP)

Quelle: youtube.com, Corona-Statistik irreführend? - Punkt. PRERADOVIC mit Pathologe Prof. G. Baretton, 09.04.2020

«Früher nannte man die Lungenentzündung am Ende des Lebens den Freund des alten Menschen. Und jetzt geht man her, diagnostiziert die Corona-Infektion und macht daraus einen Intensivfall und kann die Patienten natürlich trotzdem nicht retten. Die sind einfach zu schwer krank.»

Dr. Matthias Thöns, Facharzt für Anästhesiologie, Notfall-, Schmerz- und Palliativmedizin

Quelle: ruhr24.de, Coronavirus-Strategie in der Kritik - Mediziner aus dem Ruhrgebiet: «Wir behandeln Patienten, die nicht zu retten sind», 14.04.2020

Autopsie-Empfehlungen des RKI: Rechtsmediziner widersprechen deutlich!

DEUTSCHE GESELLSCHAFT DGRM FÜR RECHTSMEDIZIN

«Eine innere Leichenschau, Autopsien oder andere aerosolproduzierenden Massnahmen sollten vermieden werden. Sind diese notwendig, sollten diese auf ein Minimum beschränkt bleiben.» Dieser Passus stammt von der offiziellen Homepage des Robert Koch Instituts (RKI). Inzwischen wurde er auf Druck von Pathologen zurückgezogen.

U.a. die Deutsche Gesellschaft für Pathologie, die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin und das Institut für Rechtsmedizin in Düsseldorf legten ihren Widerspruch ein. Durch diese Empfehlung würden weniger Obduktionen stattfinden und in der Folge eventuelle Tötungsdelikte nicht entdeckt und aufgeklärt. Daher hat die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin eine Stellungnahme verfasst:

«Und wenn man weiss, dass in jedem Institut für Rechtsmedizin es Standard ist, sich zu schützen vor Schmierinfektion, vor Tröpfcheninfektionen, dann besteht eigentlich kein Grund dafür, dass der Gesundheitsschutz die Rechtssicherheit überwiegen soll. Sondern es ist eher umgekehrt, insoweit, als dass die Rechtssicherheit das höhere Gut dann ist, wenn man sich ausreichend schützen kann. Und deswegen haben wir festgestellt, dass nichts dagegen spricht, eben auch gerichtliche Obduktionen bei an COVID-19 Verstorbenen durchzuführen. [...] Wenn wir in der Rechtsmedizin eine zweite Leichenschau machen oder eine Obduktion, wissen wir sehr häufig nicht, welche Infektionen der Verstorbene oder die Verstorbene möglicherweise in sich trägt. Das heisst, wir müssen immer so vorgehen, als ob wir uns infizieren können. Und das tun wir auch. Und insofern ist das neue Coronavirus eigentlich keine grössere Herausforderung für uns.»

Erstaunlich: Hätte nicht ein Anruf des RKI bei einer dieser Organisationen für Rechtsmediziner genügt, um herauszufinden, dass Obduktionen problemlos möglich sind? Manchmal wirkt es, als arbeite das RKI auf einer Insel ohne Kontakt zur Aussenwelt. Gebietet es nicht der gesunde Menschenverstand, sich bei den Rechtsmedizinern zu informieren, bevor man eine Empfehlung ausspricht? Oder hatte das RKI etwa gar kein Interesse daran, dass Autopsien stattfinden, die die Gretchenfrage nach dem Tod «mit» oder «an» COVID-19 beantworten können? ***(tk)***

Quelle: deutschlandfunk.de, Rechtsmedizin und COVID-19: Streit um Vorgaben für Obduktionen, 16.04.2020

«Im derzeitigen Klima wird jeder, der einen positiven Befund auf COVID-19 hat, dem klinischen Personal, das sich um ihn kümmert, sicherlich bekannt sein: Wenn einer dieser Patienten stirbt, muss das Personal die Bezeichnung COVID-19 auf dem Totenschein vermerken — im Gegensatz zur üblichen Praxis bei den meisten Infektionen dieser Art. Es besteht ein grosser Unterschied zwischen COVID-19, das den Tod verursacht, und COVID-19, das bei jemandem gefunden wird, der an anderen Ursachen gestorben ist. Wenn man COVID-19 meldepflichtig macht, könnte der Anschein erweckt werden, dass es immer mehr Todesfälle verursacht, ob das nun wahr ist oder nicht. Es könnte viel mehr den Anschein erwecken, dass es eher ein Killer ist als eine Grippe, einfach aufgrund der Art und Weise, wie die Todesfälle registriert werden.»

Professor Dr. Jon Lee, Pathologe, Grossbritannien

Quelle: spectator.co.uk, How deadly is the coronavirus? It's still far from clear, 28.03.2020

«Eine innere Leichenschau, Autopsien oder andere aerosolproduzierenden Massnahmen sollten vermieden werden. Sind diese notwendig, sollten diese auf ein Minimum beschränkt bleiben.»

Empfehlung des RKI

?

«[Das neue Corona-Virus ist] eigentlich keine grössere Herausforderung für uns.»

Die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin in einer Stellungnahme zu dieser RKI-Empfehlung

Hat das Robert Koch Institut (RKI) etwa kein Interesse daran, die Corona-Todesziffern durch vermehrte Autopsien zu senken?

«Wenn Sie einen Herzinfarkt kriegen und fallen dann vom Dach eines Hochhauses auf eine Hauptverkehrsstrasse. Dort werden Sie von einem Auto, einem Bus und einem Panzer überrollt. Anschliessend kommt eine Löwenherde und beisst Ihnen ein Bein ab. Sie schaffen es aus irgendwelchen Gründen trotzdem noch, lebend das Krankenhaus zu erreichen. Dort wird ein Abstrich gemacht. Dieser ist positiv auf COVID-19 – dann sind Sie an COVID-19 gestorben. Machen Sie sich das bitte klar! So wird hier aktuell wissenschaftlich gearbeitet. Das ist bizarr!»

Dr. med. Bodo Schiffmann, Arzt und Leiter einer Spezialambulanz für Schwindelerkrankungen

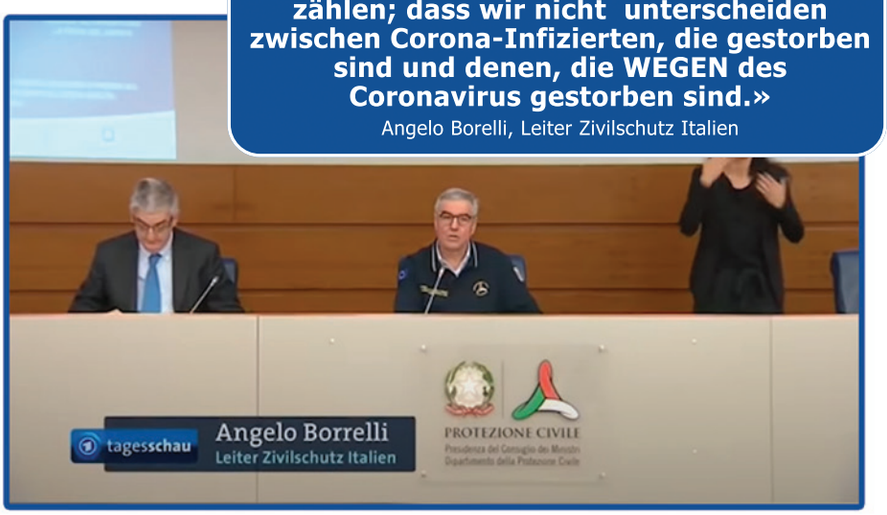
Quelle: youtube.com, Corona8, 25.03.2020

Es spielt keine Rolle, ob MIT oder AM Coronavirus gestorben?!

«Bei uns gilt jemand als Corona-Todesfall, bei dem eine Corona-Infektion nachgewiesen wurde.»
Lothar Wieler, Präsident des Robert Koch Instituts (RKI)

..wie auch jemand, der mit Krebs im Endstadium 2 Stunden vor seinem Tod positiv auf Corona getestet wurde!

«Ich möchte aber nochmal darauf hinweisen, dass wir ALLE Verstorbenen zählen; dass wir nicht unterscheiden zwischen Corona-Infizierten, die gestorben sind und denen, die WEGEN des Coronavirus gestorben sind.»
Angelo Borelli, Leiter Zivilschutz Italien



Ohne Test! Corona-Todesursache wird einfach mal angenommen!

The New York Times

By J. David Goodman and William K. Rashbaum

Published April 14, 2020 Updated April 21, 2020

New York City, already a world epicenter of the coronavirus outbreak, sharply increased its death toll by more than 3,700 victims on Tuesday, after officials said they were now including people who had never tested positive for the virus but were presumed to have died of it.

Behörden zählen neuerdings diejenigen zu den Coronatoten, die niemals positiv getestet wurden, von denen sie jedoch einfach annehmen, dass sie daran verstorben sind
nach New York Times, 14.4.20

«New York, bereits ein Welt-Epizentrum des Corona-Virus-Ausbruchs, erhöhte seine Todesraten am Dienstag auf über 3.700 Opfer, nachdem Beamte gesagt hatten, sie würden jetzt auch Personen einbeziehen, die nie positiv auf das Virus getestet worden waren, aber von denen man annehme, dass sie daran gestorben seien.»

Die New York Times in einem Artikel vom 14.04.2020

Quelle: nytimes.com, N.Y.C. Death Toll Soars Past 10,000 in Revised Virus Count, 14.04.2020

Foto: Frank Burkhardt (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hendrik_Streeck.jpg) https://en.wikipedia.org/wiki/Creative_Commons

«Ich habe mir die Fälle von 31 der 40 Verstorbenen aus dem Landkreis Heinsberg einmal genauer angeschaut – und war nicht sehr überrascht, dass diese Menschen gestorben sind. Einer der Verstorbenen war älter als 100 Jahre, da hätte auch ein ganz normaler Schnupfen zum Tod führen können.»

Hendrik Streeck, Professor für Virologie

Quelle: zeit.de, «Einzelne Übertragungen im Supermarkt sind nicht das Problem», 06.04.2020

Heute

«Ein Unterschied, woran der Patient tatsächlich gestorben ist, wird nicht gemacht. Flapsig formuliert zählt also auch ein 90-Jähriger, der mit einem Oberschenkelhalsbruch stirbt und sich in den Stunden vor seinem Tod mit Corona infiziert, als Corona-Toter.»

Die österreichische Nachrichtenseite heute.at am 02.04.2020

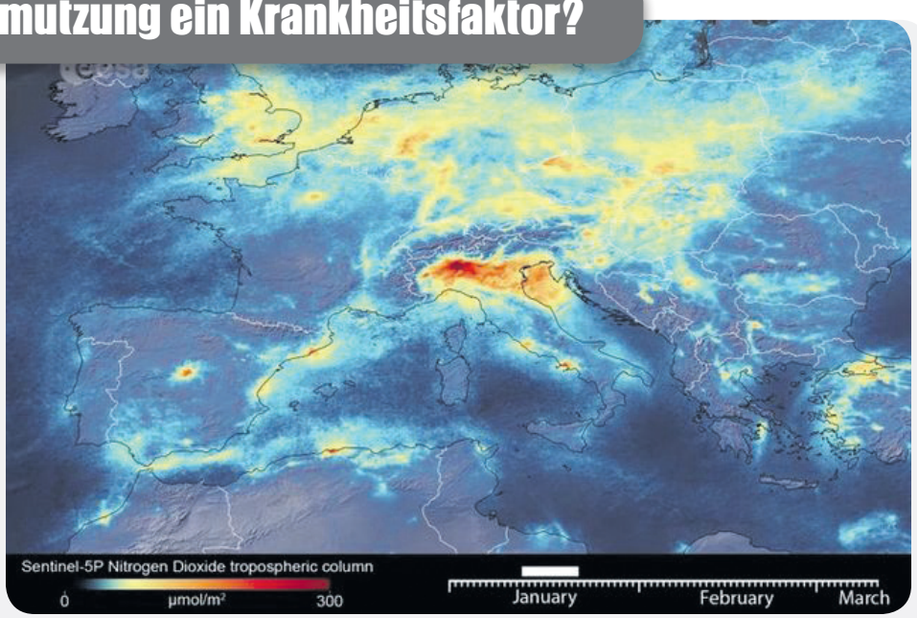
Quelle: heute.at, Österreich bei Corona-Todesstatistik sehr liberal, 02.04.2020

Ist die Luftverschmutzung ein Krankheitsfaktor?

Norditalien wurde angeblich besonders stark vom Corona-Virus getroffen. Bilder von überfüllten Hospitälern und Leichen-Transporten liefen über alle Sender. Wenn diese Aufnahmen authentisch gewesen sein sollten, stellt sich zuerst die Frage, welche Rolle das «Virus» in der italienischen Situation tatsächlich gespielt hat, und welche Rolle andere Faktoren spielten.

Hier fällt u.a. auf, dass Norditalien eine der ältesten Bevölkerungen sowie die schlechteste Luftqualität Europas hat [1], was bereits in der Vergangenheit zu einer erhöhten Anzahl an Atemwegserkrankungen und dadurch bedingter Todesfälle geführt hat. So titelte SRF-Online noch am 10.01.2020: «Massive Schadstoffbelastung - ‹Nirgendwo erkranken so viele wegen Smog wie in Norditalien›». [2]

Das deutsche Ärzteblatt berichtete bereits 2018 von einer «Vielzahl an Lungenentzündungen» in Norditalien, die die Behörden beunruhigten. Damals wurde unter anderem verunreinigtes Trinkwasser als Grund vermutet. [3] Die News-Webseite «The Local» berichtete sogar schon Anfang 2017, dass norditalienische Städte die Sicherheitslimits für Luftverschmutzung überschritten hätten. Es wurden deshalb Verkehrssperren eingeführt und der Umweltbeauftragte der Universitätsstadt Pavia in der Lombardei riet den Anwohnern, möglichst ihre Wohnungen nicht zu verlassen und Autofahren zu vermeiden. [4]



ESA-Satellitenbild aus dem Januar 2020 zeigt die grösste Luftverschmutzung Europas in Norditalien.

Foto: Envato

Auf diesem Bild sehen wir die tägliche Luftverschmutzung in Shanghai. In China ist es inzwischen Alltag, dass die Bürger in gewissen Stadtteilen Masken tragen, um ihre Atemwege vor Smog zu schützen. Täglich versterben in China laut einer ARTE-Dokumentation bis zu 5.000 Menschen an den Folgen der Luftverschmutzung.

Laut dem früheren israelischen Gesundheitsminister, Professor Yoram Lass, ist das neue Corona-Virus weniger gefährlich als die Grippe und die Ausgangssperren würden mehr Menschen töten als das Virus. «Die Zahlen begründen keine Panik», so Lass. Es sei bekannt, dass «Italien eine enorme Morbidität durch Atemwegserkrankungen habe, die mehr als drei Mal so hoch sei wie im restlichen Europa». [5]

Luftverschmutzung in Wuhan

Spielte die Luftverschmutzung vielleicht auch in Wuhan eine ursächliche Rolle? Das wäre naheliegend, denn der 10-Millionen-Moloch Wuhan leidet unter extremer Luftverschmutzung. Lange vor Corona gingen die Menschen dort

➔

➔ schon längst mit Gesichtsmasken durch die Strassen. Und nicht nur das: Die Bevölkerung ging auch bereits auf die Barrikaden. Im Sommer 2019 entwickelte sich Wuhan plötzlich zu einem politischen Brandherd. Weil die Luftverschmutzung bereits sehr hoch war, gingen dort Tausende von Chinesen gegen eine neue Müllverbrennungsanlage auf die Strasse – «an sich eine Seltenheit in China», wie CNN am 11.07.2019 richtig feststellte. «Tausende von Menschen hielten Banner mit Slogans wie ‹Wir wollen nicht vergiftet werden, wir brauchen nur einen Hauch frischer Luft› und gingen im Juni und Juli über zwei Wochen auf die Strassen der Stadt, um die Aussetzung der Pläne für den Bau der Anlage zu fordern. [...] Andere äusserten sich besorgt darüber, dass Emissionen die Luftverschmutzung verschlechtern und die Gesundheit der Bewohner beeinträchtigen könnten.» [6]

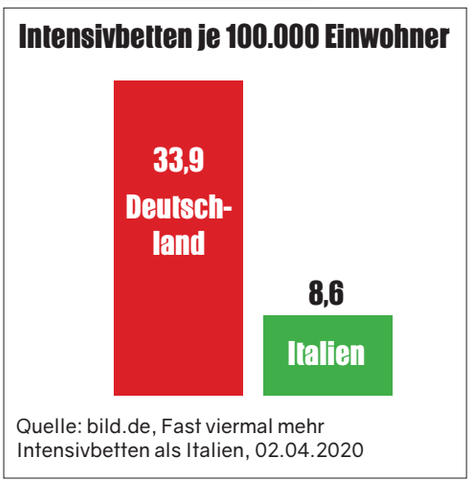
Einige chinesische Forscher argumentieren ebenfalls, dass extremer Wintersmog in der Stadt Wuhan eine ursächliche Rolle beim Ausbruch der Lungenentzündungen gespielt haben könnte. [7] In einer 2018 ausgestrahlten Doku des Fernsehsenders Arte wird berichtet, dass in China tagtäglich bis zu 5.000 Menschen an Atemwegserkrankungen versterben würden, welche auf die horrende Luftverschmutzung zurückführbar seien. Das heisst 35.000 Tote Chinesen in der Woche. Allein diese Zahl relativiert die 3.300 chinesischen «Corona-Opfer» radikal. [8] ***(gw/tk/as)***

Quellen:

1. esa.int, Coronavirus: nitrogen dioxide emissions drop over Italy, 13.03.2020
2. srf.ch, Massive Schadstoffbelastung - «Nirgendwo erkranken so viele wegen Smog wie in Norditalien», 10.01.2020
3. aerzteblatt.de, Vielzahl an Lungenentzündungen beunruhigen Behörden in Norditalien, 10.09.2018
4. thelocal.it, Smog levels way above safe limits in northern Italy, 31.01.2017
5. en.globes.co.il, Lockdown lunacy, 22.03.2020
6. edition.cnn.com, China has made major progress on air pollution. Wuhan protests show there's still a long way to go, 11.07.2019
7. eurasiareview.com, Polluted Air Could Be An Important Cause Of Wuhan Pneumonia - OpEd, 01.02.2020
8. arte.tv, China: Kampf gegen Luftverschmutzung, 20.01.2018

Warum sind die Kliniken in Italien überlastet?

Aufnahmen einer überlasteten Klinik in Bergamo, Norditalien, die um die Welt gingen.



Quelle: bild.de, Fast viermal mehr Intensivbetten als Italien, 02.04.2020

«Das italienische Gesundheitssystem kollabiert. Allein am Donnerstag gab es 2.651 neue Corona-Fälle. Und ein Ende ist nicht in Sicht – von Norditalien aus breitet sich die Viruswelle in den Süden aus. Ärzte schlagen Alarm. Die Betten und Beatmungsgeräte auf den Intensivstationen reichen nicht, um einen sprunghaften Anstieg schwerer Fälle zu behandeln», so die Online-Ausgabe der Schweizer Tageszeitung Blick am 13.03.2020. [1]

Was die Leser nicht erfuhren: Das italienische Gesundheitssystem war schon vor Corona bis ans Limit ausgelastet. Ein Bericht der italienischen Zeitung Corriere della Sera beschreibt, dass die italienischen Intensivstationen bereits unter der markanten Grippewelle von 2017/2018 kollabierten. Operationen wurden damals verschoben, sowie Krankenpfleger aus dem Urlaub zurückgerufen. [2]

Dr. Gerald Gaß, der Präsident der deutschen Krankenhausgesellschaft, erklärte in einem Interview mit dem Handelsblatt, dass «die extreme Situation in Italien vor allem an den sehr geringen Intensivkapazitäten» liege. [3] Tatsächlich ist die Anzahl der Intensivbetten pro Bürger in Italien fast viermal niedriger als in Deutschland: Laut dem Statistischen Bundesamt fallen in Deutschland 33,9 Intensivbetten auf 100.000 Einwohner. Auch Österreich (28,9 Intensivbetten je 100.000 Personen) und die Vereinigten Staaten (25,8) weisen eine vergleichsweise hohe Dichte auf. Deutlich geringer sind die Kapazitäten in den besonders stark von der «Corona-Pandemie» betroffenen Staaten Spanien mit 9,7 und Italien mit 8,6 Intensivbetten je 100.000 Einwohner. [4]

Personal in Quarantäne

Dazu kommt, dass in Italien, wie auch in ganz Europa, Krankenhauspersonal unter Quarantäne gestellt und damit vom Arbeiten abgehalten wurde. Wie hoch diese Zahlen in Italien waren, ist uns nicht bekannt. [5] Mit der Quarantäne von Personal könnten sich auch andere Überlastungssituationen mancher Krankenhäuser in Europa erklären lassen: In vielen Ländern besteht momentan ein zunehmender Mangel an Ärzten und Pflegern. Der Hauptgrund dafür ist, dass sich positiv-getestete Fachkräfte in Quarantäne begeben müssen, obschon sie in den meisten Fällen keine oder nur leichte Symptome entwickeln. [6]

Professor Martin Exner, Leiter des Instituts für Hygiene an der Universität Bonn, erklärte in einem Interview mit dem Sender phoenix, warum das Gesundheitspersonal in manchen Regionen unter Druck steht, obschon es in Deutschland bisher kaum erhöhte Patientenzahlen gibt: Einerseits müssen positiv-getestete Ärzte und Pfleger in Quarantäne und sind oft kaum zu ersetzen, anderer-

seits können Pfleger aus Nachbarländern, die einen wichtigen Teil der Versorgung übernehmen, derzeit aufgrund der Grenzschliessungen nicht einreisen.[7]

In Italien zeichnete sich Anfang April eine Beruhigung der Situation ab. Soweit bisher ersichtlich, handelte es sich bei den temporär erhöhten Sterberaten um sehr lokale Effekte, die oftmals mit einer Massenpanik und einem Zusammenbruch der Krankenversorgung einhergingen. Ein norditalienischer Politiker fragte etwa, «wie es kommt, dass COVID-Patienten aus Brescia sogar nach Deutschland transportiert werden, während im nahen Venetien, in Verona, zwei Drittel der Intensivbetten leer stehen».[8] ***(tk/as)***

Quellen:

1. blick.ch, «Wir Ärzte müssen über Leben oder Tod entscheiden», 13.03.2020
2. milano.corriere.it, Milano, terapie intensive al collasso per l'influenza: già 48 malati gravi molte operazioni rinviate, 10.01.2018
3. handelsblatt.com, Deutsche Krankenhausgesellschaft: «Wir sind besser vorbereitet als Italien», 17.03.2020
4. bild.de, Fast viermal mehr Intensivbetten als Italien, 02.04.2020
5. web.de, Italienische Ärztin in Quarantäne: «Den Tag irgendwie überstehen, ohne zusammenzubrechen», 26.03.2020
6. washingtonpost.com, Covid-19 hits doctors, nurses and EMTs, threatening health system, 17.03.2020
7. youtube.com, Prof. Martin Exner zu den Quarantäne-Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes am 24.03.20
8. tagesspiegel.de, In Italien zeichnet sich die Wende in der Coronakrise ab, 30.03.2020

Typischer «Corona-Toter» in Norditalien

Foto: Envato

Lebt in dem Teil Europas mit der höchsten Luftverschmutzung

Ist dem vielleicht schlechtesten Gesundheitssystem Europas ausgesetzt

Ist durchschnittlich über 80 Jahre alt

Hat fast immer mehrere Vorerkrankungen

Lebt in einem Gebiet mit einer besonders hohen Durchimpfungsrate

Sollte man sich nicht erstmal diesen Faktoren widmen, bevor man die Situation in Norditalien einem tödlichen Virus in die Schuhe schiebt?

Erhöhten Massenimpfungen die Krankenzahlen in der Lombardei?

Gerade die am stärksten vom «Corona-Virus» betroffene Region in Italien – nämlich die Lombardei und noch spezifischer die Provinzen Brescia und Bergamo – sind auch exakt jene Regionen, in denen in den letzten Monaten eine massive Grippeimpfkampagne durchgeführt wurde. Am 21.10.2019 titelte eine regionale Zeitung aus Brescia, dass im letzten Jahr 154.000 Dosen Grippeimpfstoff gekauft worden waren und etwa 141.000 Dosen Impfstoff verabreicht wurden, davon 129.000 an Personen über 65 Jahre. Die erreichte Durchimpfungsrate lag bei 56,2%.[1]

Neben der betagten Bevölkerung konzentrierte sich die Kampagne insbesondere auch auf chronisch kranke Patienten – also in beiden Fällen exakt die Risikogruppe von Corona. Manche Studien behaupten, dass eine Impfung gegen Influenza den Nebeneffekt mit sich bringe, das Infektionsrisiko mit Corona-Viren stark zu erhöhen. Auch der Krankheitsverlauf, der normalerweise bei «Corona» eher milde ist, verkompliziere sich stark.[2,3]

So wurden in der Lombardei nur wenige Monate vor «Ausbruch der Erkrankung» verstärkt Influenzaimpfungen durchgeführt und das insbesondere in der Bevölkerungsgruppe, die heute von «Corona» besonders betroffen ist. Wäre es denn nicht im Sinne einer objektiven Risikobemessung notwendig und eigentlich zu erwarten, dass die offiziellen Stellen Indizien wie diesen nachgehen? ***(tk/as)***

Quellen:

1. bergamonews.it, Vaccino antinfluenzale: a Bergamo ordinate 185.000 dosi, 21.10.2019
2. ncbi.nlm.nih.gov, Influenza vaccination and respiratory virus interference among Department of Defense personnel during the 2017-2018 influenza season, 2020
3. epochtimes.de, Coronavirus: Impfung kann Infektionsverlauf verschlimmern, 14.03.2020

Ausgabe Nr. 11

Mehr zu den Virenpaniken der Vergangenheit

Dass die ExpressZeitung wohl oder übel nicht an Relevanz verliert, zeigt sich gerade jetzt in der «Corona-Krise» an unseren bereits erschienenen Ausgaben zur Pharmaindustrie: Im Oktober 2017 schrieb unser Autor Gerhard Wisnewski über «Erfundene Seuchengespenster zur Gewinnmaximierung von Big Pharma». In der Zusammenfassung des Artikels ist zu lesen: «Alle paar Jahre wird durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine neue Virenpanik ausgelöst: Sei es die Vogel- oder Schweinegrippe, Ebola oder der Zika-Virus. Staaten rufen den Notstand aus und die globalen Medien schüren eine regelrechte Hysterie.» Heute wirkt dieser fast drei Jahre alte Text wie eine Einleitung zu den momentanen Geschehnissen rund um Corona. Das zeigt: Auch ohne Glaskugel lassen sich Entwicklungen der Zukunft absehen, wenn wiederholt ähnliche Muster zu erkennen sind. Das Ziel, diese Muster sichtbar zu machen, verfolgen wir mit jeder neuen Ausgabe der ExpressZeitung. Wir hoffen, es gelingt uns.

Ausgabe Nr. 18

Das Prinzip der sich selbst selbsterfüllenden Prophezeiung

Schon bei dem verlautbarten Ebola-Ausbruch 2014 in Westafrika stürzten die von der WHO verhängten Massnahmen Millionen Menschen wirtschaftlich ins Unglück und gefährdeten so ihr Leben. Mit der Erklärung des «internationalen Gesundheitsnotfalls» am 8. August 2014 implementierte die WHO in den betroffenen Staaten eine Reihe drastischer Massnahmen, die tief in die Rechte und die Wirtschaft der betroffenen Menschen beziehungsweise Länder eingriffen, so wie heute auch bei Corona. Das waren u.a.:

- Ausrufung des Notstands (mit der Möglichkeit zur drastischen Einschränkung von Bürger- und Verfassungsrechten)
- Ebola-verdächtige Fälle konnten sofort isoliert werden
- Jeder Person mit einer Ebola entsprechenden Krankheit konnte das Reisen verboten werden
- Schliessung der Grenzen in den betroffenen Ländern

Später – am 28.09.2014- hiess es auf tagesschau.de: «Die Grenzen sind dicht, die Wochenmärkte geschlossen. Schon jetzt hungern viele Menschen – und es soll noch schlimmer kommen.»

Schuld sei natürlich die «Ebola-Epidemie». Was dabei verschwiegen wurde: Während bis Mitte September 2014 in den betroffenen Ländern etwa 2.400 Menschen an Ebola gestorben sein sollen (!), drohte die wirkliche Katastrophe erst durch die Massnahmen der WHO: Das öffentliche Leben sei «zum Erliegen gekommen – mit gravierenden Folgen für die meisten Menschen in der Region», so tagesschau.de weiter. Das Fazit eines Experten: «Im Moment reden wir noch nicht von einer Hungersnot, sondern von dem Drohen einer Hungersnot. [...] Wir gehen davon aus, dass ab Februar 2015 etwa 150.000 Menschen in ländlichen Gebieten extern mit Nahrungsmitteln versorgt werden müssen.»

Da die Hauptursachen für die meisten Erkrankungen in Wirklichkeit mangelnde Hygiene und Ernährung sind (siehe S.45 f.), hatte die WHO auf diese Weise hunderttausende Menschen krank gemacht und endgültig die Epidemie bekommen, von der sie dauernd redete. Ist das auch bei Corona der Fall?

Gerade alten und depressiv vorbelasteten Menschen setzt die Isolation am stärksten zu. Es wird von isolationsbedingten Suiziden berichtet. Oder von demenzkranken Menschen, denen täglich aufs Neue erklärt werden muss, warum ihre Verwandten sie nicht besuchen kommen. Von trockenen Alkoholikern, die aufgrund der Isolation wieder mit dem Trinken begonnen haben. Stumme Opfer des «Shutdowns».

Vorsitzender der Deutschen Depressionshilfe fürchtet mehr Suizide

Kölnische Rundschau

«‹Die Versorgungsqualität geht gerade in den Keller›, sagt der Vorsitzende der Stiftung Deutsche Depressionshilfe Professor Ulrich Hegerl. ‹Das könnte Leben kosten. Die Zahl der Suizide könnte steigen.› Depressionen seien jährlich die Ursache für die meisten Suizide. [...] Die Deutsche Depressionshilfe empfiehlt Betroffenen, in Zeiten häuslicher Quarantäne aktiv zu bleiben und einen Tagesrhythmus zu pflegen. Schlafzeiten sollten nicht verlängert werden, weil zu viel Schlaf eine Depressionsschwere erhöhen kann.»

Kölnische Rundschau vom 26.03.2020

Quelle: rundschau-online.de, Folgen der Corona-Krise Anstieg von Depression und Suizid befürchtet, 26.03.2020

«Diese schwerwiegenden gesamtgesellschaftlichen Massnahmen [Anmerkung: Interviewfrage nach Kontaktsperren und Ausgangsbeschränkungen] müssen wir so kurz und so niedrig intensiv wie möglich halten, denn sie könnten möglicherweise mehr Krankheits- und Todesfälle erzeugen als das Coronavirus selbst. [...] Wir wissen, dass zum Beispiel Arbeitslosigkeit Krankheit und sogar erhöhte Sterblichkeit erzeugt. Sie kann Menschen auch in den Suizid treiben. Einschränkung der Bewegungsfreiheit hat vermutlich auch weitere negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung.»

Professor Dr. Gérard Krause, Leiter des Bereich Epidemiologie am Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung

Quelle: zdf.de, Epidemiologe alarmiert - Kontaktsperre und Co. gefährlicher als Corona?, 29.03.2020

Allein mit dem «Killer Nummer eins»

In Krankenhäusern und Pflegeheimen wurde inzwischen bekanntermassen ein Besuchsverbot durchgesetzt. Viele, vor allem alte Menschen können ihre Kinder und Enkelkinder nicht mehr sehen. Viele Sterbende müssen den letzten Weg sogar allein gehen. Durch die Corona-Massnahmen steigt die Einsamkeit, was viele schwer beeinträchtigt. Am 13.10.2018 berichtete das ARD-Magazin «[W] wie Wissen»: «Schon seit 15 Jahren warnen Wissenschaftler vor den gesundheitlichen Gefahren der Einsamkeit. 2010 fassen Forscher 148 Einzelarbeiten aus der ganzen Welt zu einer grossen Sammelstudie zusammen. Das Ergebnis rüttelt wach: Einsamkeit und soziale Isolation haben den grössten negativen Einfluss auf unsere Lebensdauer. Noch vor den gängigen und gut untersuchten Gesundheitsgefahren. Grösser als Alkoholismus, Fettleibigkeit oder Luftverschmutzung, um nur einige zu nennen.» [1] Schützt man die Gesundheit einer Gesellschaft wirklich effektiv, wenn man sie dem «Killer Nummer eins», so der Ulmer Psychiater Manfred Spitzer über Einsamkeit, [2] ausliefert?

Nicht nur die Verwandten, sogar die Pflegekräfte gelangen in vielen Fällen nicht mehr zu den Senioren. Die Süddeutsche Zeitung schrieb: «In ganz Europa gefährdet die Pandemie die Versorgung alter Menschen zu Hause, weil Pflegekräfte nicht mehr zu ihnen können – oder das jeweilige Land fluchtartig verlassen haben Richtung Heimat.» [3]

Auch die wirtschaftlichen Folgen werden bestimmt keinen positiven Einfluss auf das allgemeine Wohlergehen haben. Die Anzahl der Anträge an die Arbeitslosenversicherung schnellte in den USA auf einen Rekordwert von über 22 Millionen hoch. [4] Ein seit der Grossen Depression von 1929 historisch einmaliger Wert. Wie damals ist mit einer starken Zunahme an Suiziden zu rechnen. Beispielsweise im US-Bundesstaat Indiana haben aufgrund des Lockdowns und der wirtschaftlichen Folgen die Anrufe bei der Hotline für psychische Probleme und Suizidgedanken von 1.000 auf 25.000 Anrufe pro Tag zugenommen – um über 2000%. [5] ***(gw/tk)***

Quellen:

1. daserste.de, Warum Einsamkeit uns krank macht, 13.10.2018
2. stuttgarter-nachrichten.de, Einsamkeit ist «Killer Nummer eins», 05.04.2019
3. sueddeutsche.de, Die Flucht der Pflegekräfte, 03.04.2020
4. tagesschau.de, Coronakrise in den USA: 22 Millionen Arbeitslose in vier Wochen, 16.04.2020
5. indystar.com, Indiana sees «alarming» spike in mental health, addiction issues amid coronavirus, 03.04.2020

Einsamer Tod wegen Corona-Regeln

Mutter darf nicht zu sterbendem Sohn ins Krankenhaus –"Das soll keiner ..."

Überschrift des Remscheider General-Anzeigers vom 21.04.2020. Eine Mutter aus der deutschen Stadt Hamm durfte ihren sterbenden Sohn, der wohlgemerkt nicht an COVID-19 litt, wegen des Besuchsverbots im Krankenhaus nicht mehr sehen. Wenige Stunden vor seinem Tod gelang es der Mutter noch einmal, mit ihrem Sohn zu telefonieren. Ihr Sohn, 49 Jahre alt, lag seit eineinhalb Wochen in der St.-Barbara-Klinik in Hamm. Es war der 6. April 2020.
Weil ihr Sohn nicht an sein Handy ging, überzeugte die Mutter eine Schwester, ihm das Telefon ans Ohr zu legen. Er gab nur noch unartikulierte Laute von sich. «Da wusste ich, es ist schlimm. Ich habe gedacht, dass er stirbt», schildert sie später. Sie hatte recht. Nach dem Gespräch telefonierte die Mutter mit dem zuständigen Arzt und dem Chefarzt. «Ich habe gesagt: ‹Doktor, ich möchte sofort zu meinem Sohn›», erzählt sie. Die Ärzte lehnten ab. Zwei Stunden später rief der Chefarzt an: Ihr Sohn war tot. «Ich kann den Gedanken nicht ertragen, dass er allein gestorben ist», so die Mutter. *(tk)*

Quelle: rga.de, Mutter darf nicht zu sterbendem Sohn ins Krankenhaus –«Das soll keiner ...», 21.04.2020

Die gesundheitlichen Folgen der Corona-Massnahmen

Und damit will man die Gesundheit der Bevölkerung schützen?

UNO prognostiziert Hungersnot aufgrund von Corona-Massnahmen

Die Vereinten Nationen befürchten aufgrund der Ausgangssperren und Grenzschliessungen eine weltweit drohende Hungerkrise. Die Zahl der Hungernden könne wegen der wirtschaftlichen Folgen in diesem Jahr auf 265 Millionen ansteigen, teilte das Welternährungsprogramm (WFP) mit. Das wären fast doppelt so viele wie 2019, als 135 Millionen Menschen von Ernährungskrisen betroffen waren.

Bereits jetzt würden Hilfsorganisationen Engpässe bei der Lebensmittelversorgung in ländlichen Regionen beobachten. Organisationen wie Oxfam, Care International und Save the Children warnten vor verheerenden Auswirkungen der «Corona-Pandemie» insbesondere auf die Lebensmittelversorgung in Westafrika. Der Zugang zu Grundnahrungsmitteln sei sowohl in den Städten als auch in ländlichen Gebieten bereits schwieriger geworden. Preise seien gestiegen und viele Lebensmittel kaum noch verfügbar. [1]

Es ist geradezu zynisch, dass sich nun ausgerechnet die UNO besorgt über diese aufkommende humanitäre Krise zeigt. Nicht zuletzt war es ihr eigener Arm – nämlich die WHO –, der massgeblich für die Implementierung der Lockdowns verantwortlich gemacht werden muss. Dass ein Abwürgen der Weltwirtschaft Hungersnöte zur Folge hat, war absolut absehbar. ***(as)***

Quelle:
1. merkur.de, Corona-News-Ticker: Coronavirus weltweit: Vereinte Nationen befürchten wegen der Pandemie eine Hungerkrise, 21.04.2020

Kann die Behandlung Corona-Patienten schädigen?

In mehreren Ländern mehren sich im Zusammenhang mit COVID-19 die Anzeichen, dass die Behandlung schlimmer sein könnte als die Erkrankung. Dabei geht es neben der Therapie und Medikation auch um das Risiko von sogenannten nosokomialen Infektionen, das heisst Infektionen, die sich der womöglich nur leicht erkrankte Patient erst im Krankenhaus zuzieht. [1]

Nach Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaus-Hygiene sterben in Deutschland jedes Jahr 40.000 Menschen an Krankenhauskeimen – mehr als zehn Mal so viele wie im Strassenverkehr. Insgesamt komme es pro Jahr zu ca. 900.000 Infektionen. [2] Das Problem der nosokomialen Infektionen ist in Italien noch viel grösser: Laut einem Gesundheitsreport vom Mai 2019 versterben daran dort jährlich bis zu 49.000 Menschen. Demnach gibt es in Italien im Verhältnis zur Einwohnerzahl fast doppelt so viele Tote durch Krankenhauskeime wie in Deutschland. [3]

Statistisch gesehen, ist die Gefahr, wegen eines Krankenhausaufenthaltes zu sterben um ein Vielfaches höher, als an Corona zu sterben. Selbst wenn man von jenen ausgeht, die «mit» und nicht «am» Coronavirus verstorben sein sollen.

Ein weiterer Aspekt sind die vielleicht gutgemeinten, aber teilweise sehr aggressiven Behandlungsmethoden, die bei COVID-19-Erkrankten vermehrt zum Einsatz kommen. Hierzu zählt insbesondere die Verabreichung von Steroiden, Antibiotika und antiviralen Medikamenten (oder eine Kombination davon). Bereits bei der Therapie von SARS-Patienten zeigte sich, dass eine solche Behandlung oft tödlich endete (siehe S.69). [4]

Der Kieler Arzt Dr. med. Claus Köhnlein machte auf einen Fall in der Medizin-Zeitung Lancet aufmerksam. Ein 50jähriger COVID-19-Patient war mit hochdosiertem Cortison, zwei sehr harten Antibiotika, zwei Medikamenten aus der AIDS-Therapie und einem Immunsuppressivum behandelt worden. Für Köhnlein ist klar: Die Medikamente und nicht das Corona-Virus führten zum Tod des Patienten. Für ihn ein klarer Fall von Überbehandlung. [5]

Tödliche Beatmung?

Auch die viel praktizierte Beatmung gerät allmählich in die Kritik: Bei testpositiven Patienten wird laut der Webseite DocCheck offiziell von einer einfachen Beatmung durch eine Maske abgeraten. Einerseits wird vermutet, diese könnte zu schwach sein; andererseits wird befürchtet, das Corona-Virus könnte sich durch Aerosole verbreiten. Deshalb werden testpositive Intensivpatienten oftmals

Foto: Franz Johann Morgenbesser from Vienna, Austria (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Gerd_Gigerenzer-7212_(14010720919).jpg) https://creativecommons.org/licenses/by-sa/2.0/deed.en

«Ich wundere mich oft, warum wir aus der Vergangenheit nicht lernen. Ich kann nur jedem empfehlen: Schauen Sie sich im Internet die Nachrichten damals über Rinderwahnsinn, für SARS, für Vogelgrippe, für Schweinegrippe und so weiter an. Da werden Sie ganz ähnliche Nachrichten wie heute finden, und die Reaktionen waren ganz ähnlich. [...] Man kann lernen, mit Ungewissheit zu leben und sich nicht immer wieder verängstigen zu lassen.»

Gerd Gigerenzer, deutscher Psychologe und Direktor des Harding-Zentrums für Risikokompetenz am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin

Quelle: zdf.de, Risikoforscher zu Coronavirus – «Müssen Angst haben vor unserer eigenen Angst», 07.03.2020

direkt intubiert. Die Intubation habe aber schlechte Erfolgsaussichten und führe oft zu zusätzlichen Schäden in der Lunge (sog. Ventilator-induzierte Lungenschäden). Wie schon bei der Medikation, so stellt sich auch hier die Frage, ob eine schonungsvollere Behandlung der Patienten medizinisch nicht sinnvoller wäre. [6]

Bereits im Februar meldeten südkoreanische Mediziner, dass kritische COVID-19-Patienten gut auf eine Sauerstofftherapie ohne Beatmungsgerät ansprechen. [7] Inzwischen haben sich auch US-Mediziner gemeldet, die beschreiben, dass die Intubation den Patienten «mehr schade als nütze». Die Patienten würden oftmals nicht an einem akuten Lungenversagen leiden, sondern eher an einer Art Höhenkrankheit, die durch die künstliche Beatmung mit erhöhtem Druck noch verschlimmert werde. [8] ***(tk)***

Quellen:

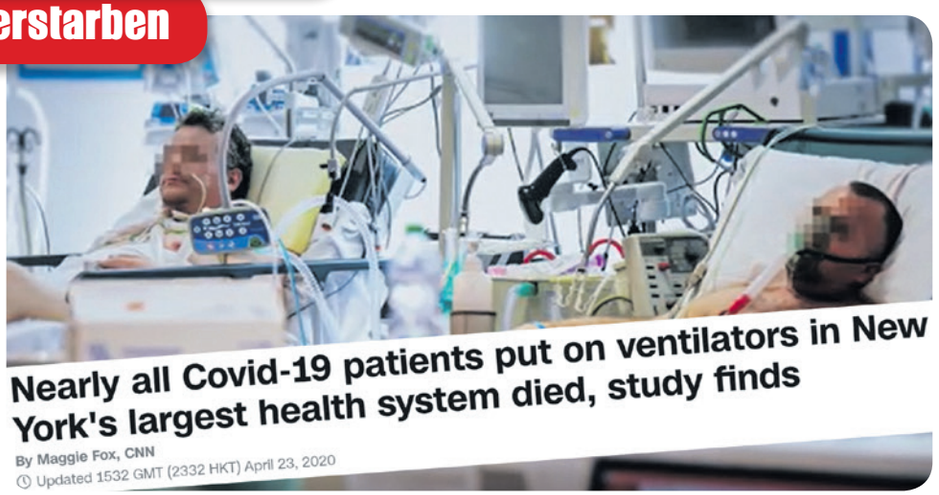
1. de.wikipedia.org, Nosokomiale Infektion
2. focus.de, 40.000 Tote pro Jahr: Der Kampf gegen die Krankenhauskeime, 25.10.2018
3. ilsole24ore.com, Allarme rosso per le infezioni negli ospedali, 49mila morti l'anno, 15.05.2019
4. sciencedaily.com, Steroids could do more harm than good in treating coronavirus, 06.02.2020
5. youtube.com, Corona: «Die Epidemie, die nie da war» - Dr. med. Claus Köhnlein [DFP 69], 20.03.2020
6. doccheck.com, COVID-19: Beatmung - und dann?
7. upi.com, Oxygen therapy working for coronavirus patient, Seoul says, 14.02.2020
8. youtube.com, FROM NYC ICU: DOES COVID-19 REALLY CAUSE ARDS??!!, 31.03.2020

Studien: Bis zu 86% der Patienten an Beatmungsgeräten verstarben

In Grossbritannien, China und den USA wurden Studien veröffentlicht, die angeben, dass bis zu 86% der COVID-19-Patienten, die an ein Beatmungsgerät angeschlossen waren, verstarben. [1] Vor allem die Massnahme der künstlichen, invasiven Beatmung (Intubation) ist immer mit hohen Risiken und in der Regel auch mit Folgeschäden verbunden. Bei dieser Art der Beatmung wird dem Patienten ein Schlauch tief in die Atemwege geschoben und Sauerstoff mit Druck in die Lunge gepumpt. Der Intubierte wird für die Dauer der Behandlung – also Tage oder gar Wochen – in künstlichen Tiefschlaf versetzt. Diese Massnahme stellt für einen Patienten im hohen Alter ein beträchtliches Risiko dar. Die durchschnittliche Sterblichkeit von Erkrankten, die auf diese Art künstlich beatmet werden, beträgt etwa 40 bis 50 Prozent. Aus diesem Grund greift man normalerweise auf diese Methode nur im Extremfall zurück und versucht vorher andere Arten der Beatmung. Neben dieser invasiven Beatmung gibt es nämlich noch diverse andere Instrumente, die einem Patienten mit Atemnot das Atmen erleichtern können, wie etwa die CPAP-Beatmung oder die BIPAP-Beatmung. Diese Formen sind schonender und der Patient kann bei Bewusstsein bleiben.

Allerdings ist es so, dass diese Formen der nicht-invasiven Beatmung speziell am Anfang nicht zur Behandlung von COVID-19 empfohlen wurden. So war in einem am 20. April in der Medizinfachzeitschrift Lancet veröffentlichten Artikel zu lesen: «Es wurde vorgeschlagen, dass Patienten mit respiratorischer Insuffizienz, bei bekannter oder vermuteter COVID-19-Erkrankung, zu einem frühen Zeitpunkt des Krankheitsverlaufs intubiert und beatmet werden sollten, ohne die Option für weniger invasive Behandlungen, einschliesslich kontinuierlichem positivem

➔



Schlagzeile von CNN: «Studie bestätigt: In New Yorks grösstem Krankenhaus sind nahezu alle COVID-19-Patienten, die künstlich beatmet wurden, verstorben.»

Artikel in der Medizin-Zeitung Lancet: Sehr wahrscheinliche Überbehandlung mit Cortison, Antibiotika und antiviralen Medikamenten. Ärzte neigen in Zeiten einer verlautbarten «Pandemie» eher zu verstärkter als zu sanfter Medikation.

thelancet.com, Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome, 18.02.2020

Meistens weit drastischere und längere Beatmung als bei Patienten mit «normaler» bakterieller Lungenentzündung.

Quelle: welt.de, Sterberate bei Beatmungspatienten gibt Rätsel auf, 13.04.2020

Foto: Envato

Wie sähen die Todeszahlen wohl bei einer sanfteren Behandlung aus?

➔ Atemwegsdruck (CPAP) oder nicht-invasiver Beatmung (NIV).» [2]

Der Grund für diese Empfehlung war, dass bei nicht-invasiven Beatmungsmethoden vermehrt Aerosole freigesetzt werden. Aerosole sind feste oder flüssige Schwebeteilchen, die sich über die Luft fortsetzen. An denen würde das Virus anhaften und so eine Infektionsgefahr für das pflegende Personal bedeuten. Inzwischen ist aber bekannt geworden, dass SARS-CoV-2 auch im offiziellen Narrativ keine Krankheit ist, die über die Luft übertragen wird. Dies wurde unter anderem in der «Heinsberg-Studie» (siehe S.28) herausgearbeitet und inzwischen auch von der WHO anerkannt.[3] Es scheint, als hätten diese Richtlinien und Empfehlungen dazu geführt, dass die Lage von vielen Patienten dramatischer wurde, als sie es gewesen wäre, wenn die Ärzte die klinischen Symptome nach altbewährten Verfahren therapiert hätten.

Von verschiedenen Seiten melden sich inzwischen Expertenstimmen zu Wort, die der Meinung sind, die Beatmungsmassnahmen seien bei COVID-Patienten viel zu schnell zum Einsatz gekommen. Joseph Habboushe, ein Notarzt aus Manhattan, sagte beispielsweise der Nachrichtenagentur AP, dass es bis vor kurzem zur Routine gehörte, besonders kranke COVID-19-Patienten an Beatmungsgeräte anzuschliessen. Jetzt versuchen die Ärzte zunehmend andere Behandlungsmethoden. «Wenn wir in der Lage sind, sie ohne Intubation zu behandeln», sagte Habboushe, «wird es ihnen danach wahrscheinlich viel besser gehen — denken wir». [4] ***(as)***

Quellen:

1. dailymail.co.uk, Are doctors HARMING coronavirus patients by putting them on ventilators too early? Doctors warn the gadgets may be overused and could even damage the lungs of the infected, 09.04.2020
2. thelancet.com, Use of non-invasive ventilation for patients with COVID-19: a cause for concern?, 20.04.2020
3. who.int, Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations, 29.03.2020
4. businessinsider.de, In New York sterben 80 Prozent der Covid-19-Patienten, die an ein Beatmungsgerät angeschlossen werden — einige Mediziner versuchen, diese nicht mehr zu verwenden, 11.04.2020

Lungenentzündungen fast immer auch bakteriell

«Ob es rein durch Viren verursachte Lungenentzündungen gibt», ist generell «umstritten», heisst es auf der Seite netdoktor.at. «Zwar können bei einer Lungenentzündung oft Viren nachgewiesen werden, allerdings werden gleichzeitig auch meist Bakterien in der Lunge gefunden.» Genau aus diesem Grund nimmt man auch nur an, «dass Viren bei einer Lungenentzündung eine Rolle spielen können», indem sie «bei einer viralen Infektion der Lunge eine Infektion mit Bakterien» erleichtern. Letztlich «pathogen» seien also die Bakterien, kein Virus. Allenfalls nehme man einen Abstrich vom Auswurf des Patienten, um den Bakterienstamm festzustellen und anschliessend mit einem entsprechenden Antibiotikum zu bekämpfen. Die «virale Pneumonie», wenn es sie überhaupt gibt, werde nur «sehr selten behandelt», weil die Symptome nur sehr schwach seien. [1]

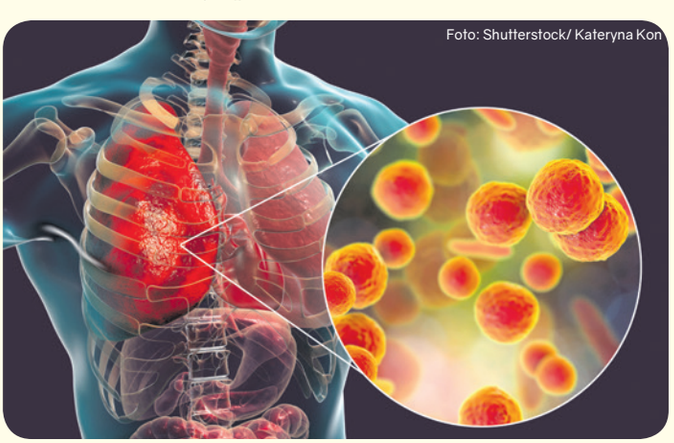


Foto: Shutterstock/ Kateryna Kon

Siehe da: Die Behandlung einer viralen Pneumonie (also auch der «Corona-Pneumonie») ist selbst nach herrschender Auffassung in der Regel gar nicht nötig! Das hat uns ja noch keiner gesagt! Und wenn sie nötig ist, handelt es sich anscheinend - wie bei praktisch jeder Pneumonie - nicht um eine virale, sondern um eine bakterielle, mykotische oder parasitäre Pneumonie. Der Nachweis, dass den Patienten letztlich ein Virus krank gemacht hat, ist dagegen schwierig. Denn wenn es in einem Dorf Störche gibt, heisst das ja noch lange nicht, dass die Kinder dort von Meister Adebar kommen. Es fehlt also an handfesten Beweisen, um das angebliche Virus als kausale Ursache der Lungenentzündung zu identifizieren.

Woher genau zum Beispiel ein alter Mensch eine Lungenentzündung hat, weiss man nur sehr selten. Irgendwo hat er sich einen Keim eingefangen, den andere schadlos überstanden hätten. Aber aufgrund ungünstiger Umstände (z.B. Vorerkrankungen und Bettlägerigkeit) hat der Erreger die Lunge befallen. Meist stellt man den Bakterienstamm fest und bekämpft ihn entsprechend mit Antibiotika. Manchmal können auch Pilze oder Parasiten die Ursache sein. Verdächtig wäre die Lungenentzündung vielleicht, wenn man keine Bakterien oder andere Organismen finden würde. In diesem Fall müsste man, solange man keine andere Ursache kennt, von einer «nicht-bakteriellen» oder «atypischen» Lungenentzündung sprechen. Doch merkwürdigerweise fiel dieser Ausdruck bei COVID-19 nicht. Auch dass die diagnostizierten Lungenentzündungen nicht auf Antibiotika angesprochen hatten, wurde nicht erwähnt. ***(gw)***

Quelle:
1. netdoktor.at, Lungenentzündung, atypisch (Atypische Pneumonie)

Allgemein

Nach welchen Krankheitsursachen müsste zuerst gesucht werden?

Foto: Shutterstock/ Poznyakov

Auch in der Schulmedizin ist bekannt, dass Erkältungs- und Atemwegssymptome wie COVID-19 ganz andere Ursachen haben können als einen Erreger. Da wären u.a.:

- **Armut, Hunger, mangelnde Hygiene:** Bei Menschen, die in Armut leben, verlaufen Infektionskrankheiten bekanntermassen schwerer. Bereits in den 20er-Jahren des letzten Jahrhunderts beobachtete der deutsche Sozialhygieniker Prof. Adolf Gottstein, dass die Masernsterblichkeit in armen Stadtvierteln 10mal so hoch lag wie in wohlhabenden Stadtvierteln. Armut hat natürlich eine ganze Reihe von Aspekten, die sich gesundheitlich auswirken. Da sind als erstes Hunger und Mangelernährung zu nennen, des Weiteren das Fehlen von warmen und trockenen Wohnungen und drittens die tägliche Existenznot als psychosomatischer Faktor. Am wichtigsten scheint allerdings die Bereitstellung von gereinigtem Trinkwasser zu sein, die in vielen armen Ländern auch nicht gegeben ist.
- **Vergiftungen:** Eine weitere mögliche Ursache für Atemwegserkrankungen stellen Vergiftungen dar, z.B. durch Pestizide und Abgase. Symptome wie die Corona zugeschriebenen können vor allem in der Anfangsphase einer Vergiftung auftreten und mit Influenza/Corona verwechselt werden.
- **Psychosomatische Ursachen:** Es gibt eine ganze Reihe von ganzheitlich orientierten Autoren, die einen Zusammenhang zwischen Krankheitssymptomen und psychischen bzw. seelischen Ursachen herstellen. Doch auch die Schulmedizin kennt diese Zusammenhänge: Die sogenannte Psychoneuroimmunologie, ein zunehmend an Bedeutung gewinnendes interdisziplinäres Wissenschaftsgebiet, untersucht speziell die Zusammenhänge zwischen psychischen Faktoren und dem Immunsystem. [1]

Es ist nicht damit getan, dass ein Arzt sich einen dieser völlig unterschiedlichen Faktoren herauspickt und seine Behandlung allein darauf abstimmt. Wenn mehrere Faktoren zusammenspielen (und das ist aus Sicht des gesunden Menschenverstandes wohl eher die Regel als die Ausnahme), dann muss er diese auch berücksichtigen.

Tunnelblick

In der «normalen» Arztpraxis kann jedoch von einer umfassenden Anamnese (Erfragung der Krankheitsgeschichte) und Berücksichtigung aller in Frage kommenden Ursachen immer weniger die Rede sein. Stattdessen wird zunehmend mehr ein regelrechter Tunnelblick auf Infektionen gepflegt. In der Regel geht der Arzt von einem Anfangsverdacht aus. Dieser besteht entweder aus der aktuellen Modediagnose (z.B. Corona) oder einer bestimmten Diagnose, die dem Arzt gerade in den Sinn kommt, z.B. weil er kürzlich in einer Medizinzeitschrift da-

➔

Drei neue Covid-19-Tote in Basel-Stadt

Bei den Verstorbenen handelt es sich laut Angaben des Basler Gesundheitsdepartements vom Dienstag um drei Männer im Alter von 79, 83 und 89 Jahren, die unter risikobehafteten Vorerkrankungen litten. Die Zahl der an Covid-19 verstorbenen Kantonseinwohnerinnen und -einwohner stieg damit auf 49 an.

Überschriften wie diese von Telebasel am 28.04.2020 sind mittlerweile auf der ganzen Welt Alltag. Das liegt an der nicht getroffenen Unterscheidung von Toten «durch» das «Corona-Virus» und Toten «mit» dem «Corona-Virus».

➔ von gelesen hat oder Kollegen davon sprachen. Der Ausgangsverdacht bestimmt den Auftrag an das untersuchende Labor, wobei normalerweise direkt Medikamente verschrieben werden und Tests meist nur stattfinden, wenn eine Kampagne wie die um Corona läuft. Würde man kein Corona-Virus finden, könnte man auch weitere Untersuchungen veranlassen, z.B. einen Influenza-Test. Bei der enormen Auswahl an Bakterien und Viren ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass irgendwann einer der Tests anschlägt. Doch das hat im Grunde wenig zu bedeuten, denn eine Infektion mit einem Erreger bedeutet auch aus schulmedizinischer Sicht nicht, dass der infizierte Mensch auch krank wird. Tatsächlich erkrankt oft nur ein Bruchteil der Infizierten. Noch ein Grund mehr, eine sehr sorgfältige Anamnese vorzunehmen. Doch die Prüfung von nichtinfektiösen Ursachen kommt viel zu selten vor.

Immer weniger Ärzte betrachten ihre Patienten ganzheitlich.

Der Patient, der im Sprechzimmer eines Arztes sitzt, der auf die offizielle Lehrmeinung vertraut, kann demnach von diesem nicht in seiner Ganzheit wahrgenommen werden: Der Tunnelblick durch ein enges Rohr bietet nun mal keinen weiten Horizont. Dementsprechend sieht die schulmedizinische Therapie bei der Diagnose «Influenza» oder «Corona» aus: Nicht die Stärkung des Organismus als Ganzem, sondern die Verabreichung von starken Medikamenten mit der Begründung, Erreger vernichten zu müssen, steht im Mittelpunkt der Behandlung. Die Nebenwirkungen dieser Medikamente können dann durchaus schwere Komplikationen im Verlauf der Erkrankung verursachen oder, wie z.B. Tamiflu (siehe S.14 ff.), sogar selbst Grippesymptome hervorrufen.

Dass sich diese Sichtweise und Art des Umgangs mit Atemwegserkrankungen über die Jahrzehnte hinweg verbreiten konnte, hat damit zu tun, dass sie allen Beteiligten «Vorteile» bietet:

1. Für Patienten: Sie können die Verantwortung für die Erkrankung ganz an den Arzt abgeben und müssen ihren Lebensstil – z.B. die Ernährung – nicht ändern.

2. Für den Arzt: Er kann direkt ein Medikament verschreiben und muss sich nicht weiter mit dem Patienten auseinandersetzen.

3. Für Virologen: Ihnen bietet der Tunnelblick nicht nur Arbeit und Brot in Form von Forschungsaufträgen, sondern auch Aussichten auf Karriere, Ansehen und Ruhm. Vielleicht sogar einen Nobelpreis, wer weiss?

4. Für die Industrie: Hersteller von Medikamenten und Impfstoffen profitieren natürlich ganz besonders, wie deren trotz allgemeiner Rezession jährlich steigende Gewinne beweisen.

5. Für Politiker: Ihnen bietet jede neue «Pandemie» eine gute Gelegenheit, sich zu profilieren. Ausserdem werden sie dann von den Pharma-Lobbyisten ganz besonders umworben, was finanzielle Vorteile mit sich bringt. ***(tk/ht)***

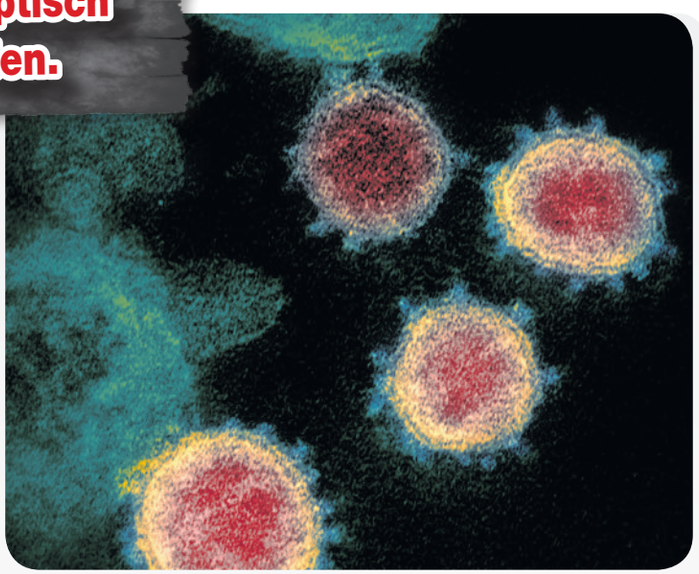
Quelle:
1. de.wikipedia.org, Psychoneuroimmunologie

FAZIT

Das hohe Alter, die vielen Vorerkrankungen, überlastete Gesundheitssysteme, Luftverschmutzung, toxische Medikamente und vieles mehr: All diese Faktoren wurden als Ursachen für die angeblichen COVID-19-Todesfälle und auch für die sonstigen medial breitgetretenen «Corona-Probleme» der letzten Monate nicht ausreichend berücksichtigt.

3. Schritt: Der Erreger muss optisch identifiziert werden.

Nehmen wir an, man habe den gesuchten gemeinsamen Faktor durch eine sorgfältige Anamnese nicht gefunden. Da ein Teil der jeweils Erkrankten Kontakt miteinander hatte, tippt man nun auf einen bisher unbekannten oder einen bereits bekannten, jedoch frisch mutierten Erreger. Da selbst ein völlig gesunder Mensch mehr Bakterien und Viren ales eigene Körgerzellen in sich trägt, ist es ein wenig wie die Suche nach der Nadel im Heuhaufen. Man könnte jetzt unter Mikroskop und Elektronenmikroskop nach Mikroorganismen suchen, die man noch nicht kennt. Doch so viele verschiedene Formen gibt es gar nicht. Eine Vielzahl von Bakterien und Viren unterscheiden sich morphologisch, also von der Gestalt, nicht voneinander. Doch nehmen wir mal an, der neue Erreger mache es uns einfach und hätte eine völlig neue Form, nämlich die eines Zahnrades, und man fände dieses Zahnrad regelmässig in Proben von Blauohrenkrankheit-Fällen unter dem Mikroskop.



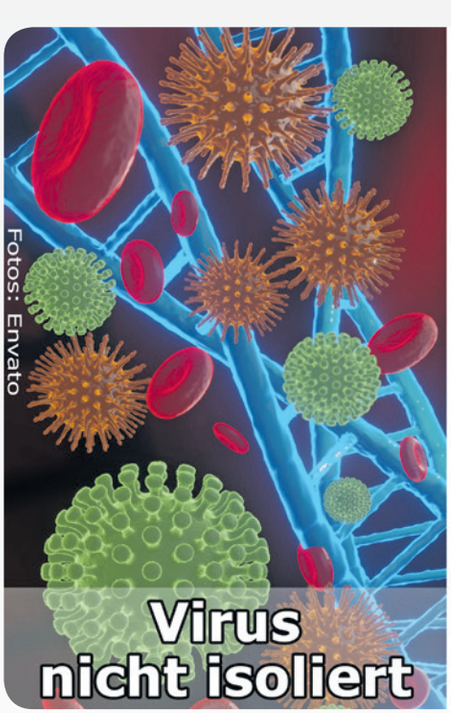
Angebliche Elektronen-Mikroskop-Aufnahme von SARS-CoV-2.

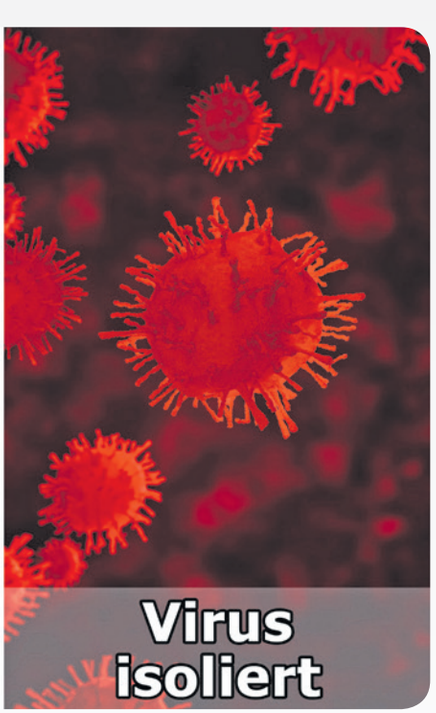
FAZIT

Uns liegen keine Informationen darüber vor, inwieweit sich SARS-CoV-2 optisch von anderen Corona-Viren unterscheidet.

4. Schritt: Das Virus muss isoliert werden.

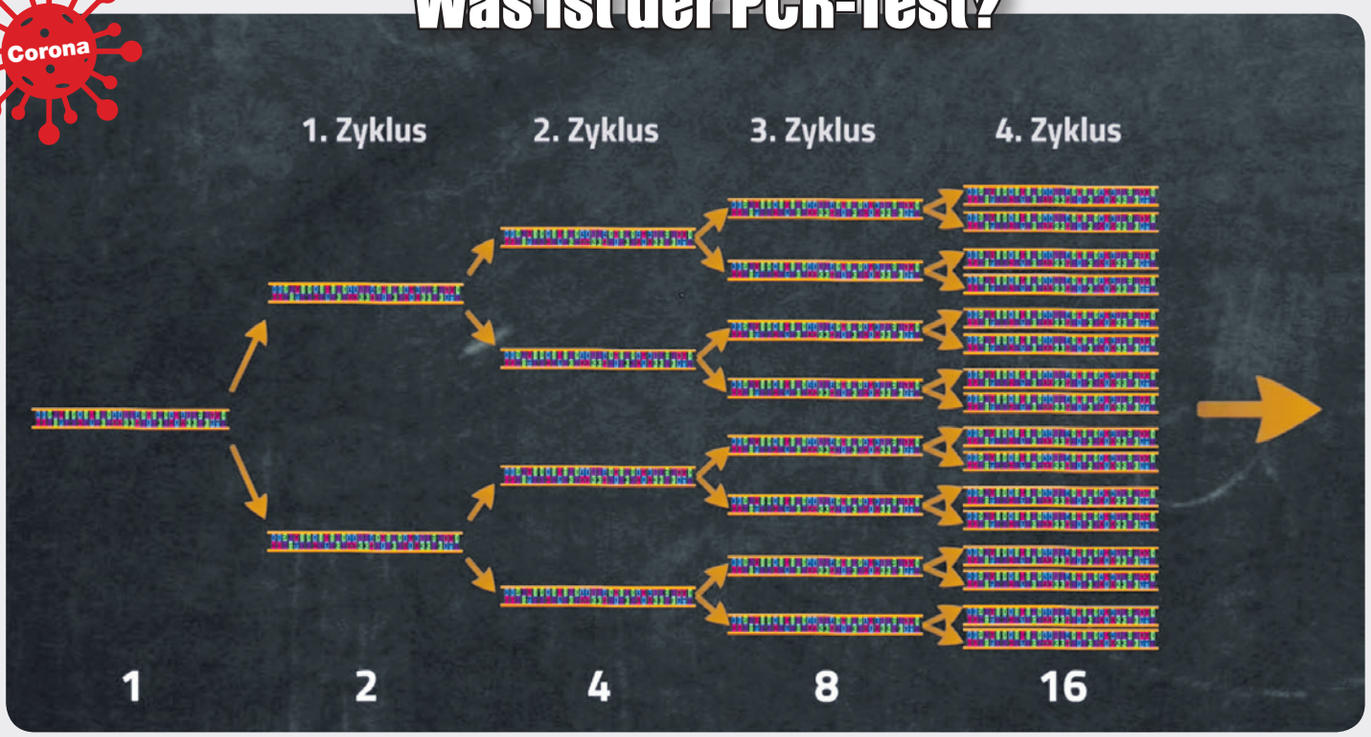
Der vierte Schritt wäre nun die Hochaufreinigung dieses bisher unbekannten Virus. Manche nennen den Vorgang auch «Virusisolierung». Doch die Wortbedeutung ist nicht eindeutig und oft wird bereits die optische Identifizierung eines Mikroorganismus oder eines DNA-Stückchens unter dem Mikroskop so genannt. Bleiben wir also zur klaren Unterscheidung bei «Hochaufreinigung». Mit verschiedenen Methoden, z.B. Filterung und Ultrazentrifugierung wird das neue Virus nun Schritt für Schritt von allen anderen Partikeln getrennt, bis schliesslich nur noch das Virus und nichts als das Virus im Reagenzglas übrigbleibt. Diese Aufreinigung - Isolierung von allem, was nicht Virus ist - muss abschliessend durch ein elektronenmikroskopisches Foto, auf dem – dichtgepackt – nur das Virus und sonst nichts zu sehen ist, dokumentiert werden. Wichtig: Ist die Trennung von allen virusfremden Partikeln nicht sauber gelungen, kann dies die Ergebnisse der nachfolgenden Schritte völlig verfälschen!





Bei den Viren gibt es das Problem, dass aufgrund ihrer geringen Grösse die Verfahren zur Reinigung von Fremdpartikeln, die bei Bakterien angewendet werden, nicht greifen. Zudem gibt es – laut Lehrmeinung – riesige Familien von verschiedenen Viren, die unter dem Elektronenmikroskop nicht voneinander zu unterscheiden sind. Die Hochaufreinigung ist deshalb um einiges komplexer als bei Bakterien, weshalb man durch ein unsauberes Arbeiten im Labor sehr schnell zu falschen Ergebnissen und Schlussfolgerungen kommen kann. Zu einer Beweisführung gegen ein angeblich krankmachendes Virus gehört die Hochaufreinigung des spezifischen Virus und die darauffolgende Analyse seiner genetischen Zusammensetzung (Grundlage für den PCR-Test, siehe S.48 u. S.52 ff.).

Was ist der PCR-Test?



Beim PCR-Test wird dem Probanden ein Rachen- bzw. Nasenabstrich abgenommen oder Hustensekret aus den tiefen Atemwegen hervorgeholt. Im Labor wird diese Probe dann mit Hilfe der Polymerase-Kettenreaktion – kurz PCR – analysiert. Die Methode basiert darauf, DNA- oder RNA-Stränge künstlich zu vervielfältigen. Eine Teilung wird dabei als ein «Zyklus» bezeichnet. Mit jeder Verdopplung wächst auch die Menge an Ausgangs-RNA/DNA, sodass diese am Ende milliardenfach repliziert wurde. Nach dem Ablauf dieser Vermehrung kann die entstandene Menge an Erbgut bestimmt und so auf die winzige Ausgangsmenge zurückgerechnet werden, die ansonsten diagnostisch nicht bestimmbar gewesen wäre. Man sucht mittels der PCR also gezielt nach dem, was man als Virus-Erbgut vermutet, indem man dieses künstlich vermehrt.

Keine saubere Virus-Isolation bei SARS-CoV-2

Die «Corona-Epidemie» begann mit einem PCR-Test: Einige chinesische Wissenschaftler entdeckten in Patienten mit Lungenentzündungen eine bisher unbekannte RNA-Sequenz. Sie nahmen an, die Entdeckung dieser RNA sei gleichbedeutend mit der Isolation eines neuen Virus, was jedoch nicht zutraf. Einige chinesische Wissenschaftler waren so ehrlich, dies zuzugeben:

«Wir unternahmen keine Tests, um infektiöse Viren im Blut festzustellen.» [1]

In einer anderen frühen Studie erwähnten die Autoren noch offener:

«[Unsere Studie erfüllt nicht] die Koch´schen Postulate.» [2]

Die Erfüllung der Koch-Postulate oder Koch´schen Postulate (siehe S.60 ff.) ist in der modernen Medizin absolut unumgänglich, um die Ursache einer Erkrankung wissenschaftlich korrekt einordnen zu können. Allen Studien zu Corona-Viren scheint jedoch gemein, dass kein einziges der drei Postulate erfüllt wurde. Die angeblichen Erreger wurden nicht in Reinkultur gezüchtet, wie es das erste Koch-Postulat verlangt. Es wurde lediglich eine bisher unentdeckte RNA-Sequenz unbekannten Ursprungs gefunden. Dass sie Teil eines neuen Virus ist, muss als reine Spekulation gewertet werden. Des Weiteren zeigen die PCR-Tests, dass sowohl Kranke als auch Gesunde positiv getestet werden. Und auch die Fähigkeit des nicht nachgewiesenen Erregers, Ansteckungen zu verursachen, wurde nicht nachgewiesen – von einer erneuten Isolation ganz zu schweigen, da ja nicht einmal die primäre Isolation durchgeführt wurde.

Weitere Zweifel kommen auf, wenn man die unglaubliche Geschwindigkeit (ca. eine Woche), mit der das Virus identifiziert worden sein soll, betrachtet. Selbst eherne Virologen wie Matthew B. Frieman von der Universität von Maryland waren skeptisch. Er meinte:

«Ich bin verblüfft über den zeitlichen Ablauf und die Geschwindigkeit dieser Isolation und Charakterisierung, falls das alles wahr ist.» [3]

Entstellung des Begriffs «Isolation»

Die grundlegenden Arbeiten geben in Nebensätzen sogar zu [1], dass es keinen wissenschaftlichen Nachweis dafür gibt, dass die gefundene RNA Teil eines krankmachenden Virus ist. Obwohl nicht einmal die Minimalvoraussetzung der Reinkultur erfüllt ist, wird in vielen Pressemitteilungen ebenso wie auf Wikipedia und sogar in vielen wissenschaftlichen Arbeiten behauptet, das Virus sei «isoliert» worden.

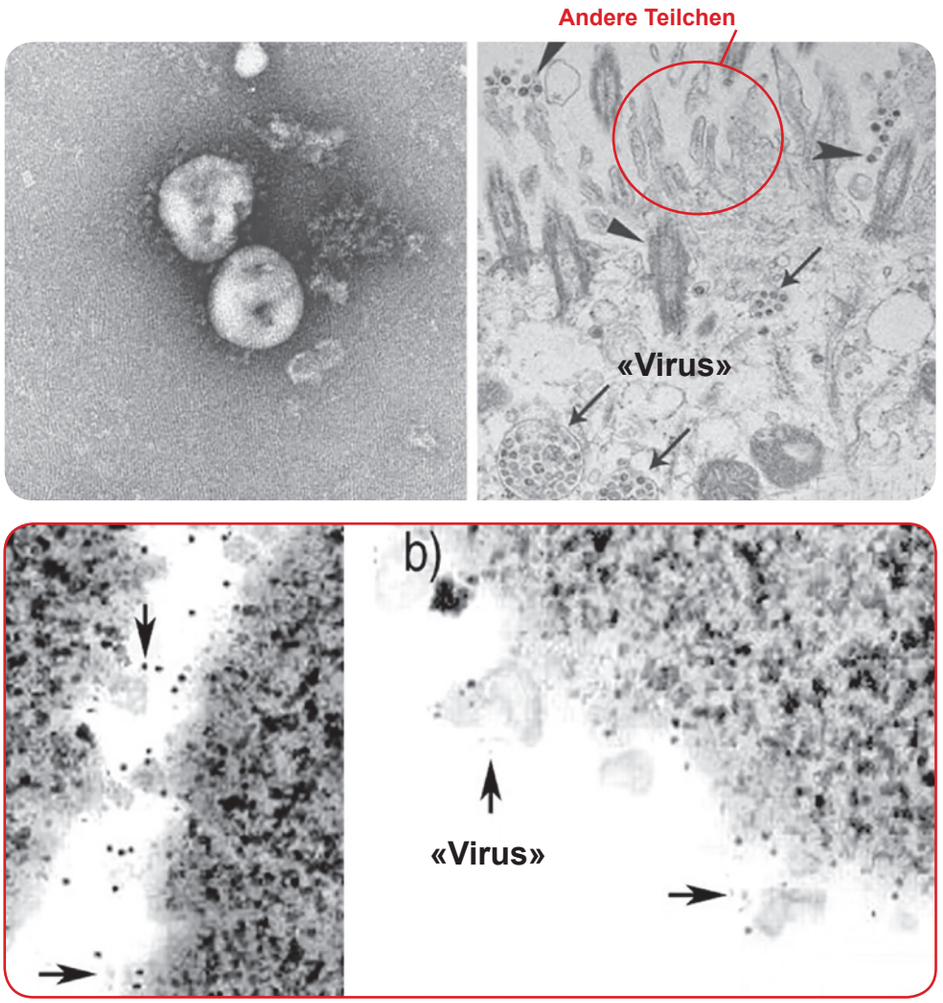
Hierzu muss folgendes bemerkt werden: Prinzipiell gibt es in der Virologie eine unausgesprochene Diskrepanz zwischen dem, was der äussere Beobachter unter «Isolation» verstehen würde, nämlich eine Reinkultur, und dem, was Virologen aus diesem Begriff gemacht haben. In der modernen Virologie hat dieser Begriff praktisch jede Bedeutung verloren. Z.B. wird die Zugabe von bloss filtriertem Blutserum, in dem sich Abertausende Stoffe befinden, in eine Zellkultur, in der man daraufhin das Absterben von Zellen beobachten kann, als Isolation bezeichnet.

In der bereits zitierten Arbeit, [2] in der zugegeben wird, dass die Koch-Postulate nicht erfüllt sind, findet sich dennoch ein ganzer Abschnitt mit dem Titel «Isolation des Virus». Darin heisst es:

«Flüssigkeitsproben einer bronchoalveolären Lavage [Schleimproben aus der Lunge] wurden in sterilen Bechern gesammelt, denen ein Transportmedium für Viren zugesetzt wurde. Die Proben wurden dann in eine Zentrifuge gegeben, um Zellbruchstücke zu entfernen. Der Überstand wurde in menschliche Atemwegsepithelzellen injiziert.»

In anderen Worten: Alle Zellen, die sich in den Schleimproben befanden, wurden entfernt und das Gemisch dann in eine Zentrifuge gegeben, wo die schweren Bestandteile anschliessend von den leichten getrennt wurden. Dann nahm man die leichteren Bestandteile – immer noch ein Mix aus unzähligen Molekülen, kleinen Bruchstücken, Mikrovesikeln (siehe S.50 f.) und ähnlichem – und injizierte sie in menschliche Atemwegsepithelzellen. Hier wurde der biologische Fachbegriff der «Isolation» in frappierender Weise entstellt. Mit Reinkultur hatte das gar nichts zu tun.

«Isolation» wird in solchen Arbeiten und daraus folgend in Pressemitteilungen usw. wohl nur benutzt, weil das Wort den Anschein hoher Wissenschaftlichkeit erweckt. Dass «Isolation» in der heutigen Virologie etwas vollkommen anderes bedeutet als das, was man sich gemeinhin darunter vorstellt, wird selten erwähnt. ***(tk)***



Die Autoren der Arbeit, in der zugegeben wurde, dass die Koch-Postulate (siehe S.48) nicht erfüllt wurden und in der in Abwesenheit einer echten Isolation dennoch von «Isolation» gesprochen wurde, publizierten auch Bilder, welche die neuen Viren zeigen sollten. Zunächst einmal wird daraus unzweifelhaft klar, dass die angeblichen Viren nicht isoliert und in Reinkultur gezüchtet wurden, da riesige Mengen Zellmaterial zu sehen sind. Dass die neu gefundene RNA Teil der in diesen Bildern markierten Objekte ist, kann aufgrund der fehlenden Reinkultur nicht nachgewiesen werden und muss daher als reine Spekulation betrachtet werden. Die angeblichen Viren selbst können weder optisch noch auf sonst irgendeine Weise von anderen bekannten Zellbestandteilen unterschieden werden.

Quellen:

viaveto.de, Corona - Eine epidemische Massenhysterie, 22.03.2020
1. sciencedirect.com, Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China, Februar 2020
2. nejm.org, A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019, Februar 2020
3. the-scientist.com, New Coronavirus Identified in Central China Pneumonia Outbreak, 09.01.2020

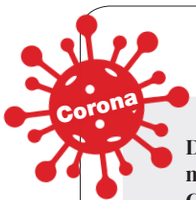
FAZIT

Bei SARS-CoV-2 fand keine wissenschaftlich saubere Isolation des Virus statt. Da das Virus nicht in Reinkultur vorliegt, kann man nicht wissen, ob die im PCR-Test (siehe S.48 u. S.52 ff.) untersuchte RNA wirklich von dem Virus stammt und welche Wirkung andere Moleküle haben, die sich in den Proben befinden.

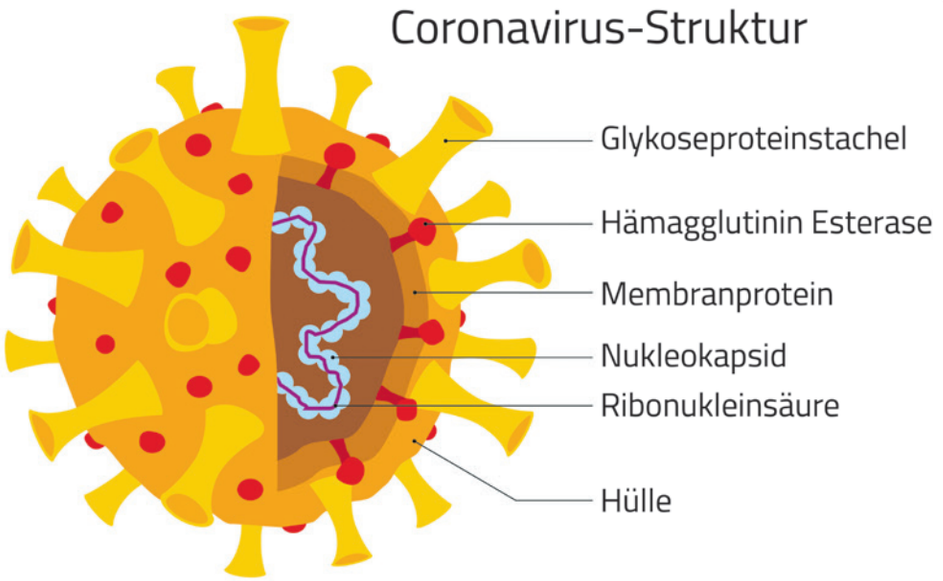
5. Schritt: Identifizierung eindeutiger Merkmale

Wenn ein verdächtiges Virus in Reinkultur vorliegen sollte, kann man an die Bestimmung seiner Eigenschaften gehen: Woraus genau besteht die Hülle, aus welchen Proteinen bestehen die «Zacken» auf der Hülle und welches Erbgut befindet sich innerhalb der Hülle? Nur durch den korrekt herbeigeführten aufgereinigten Zustand kann man sich sicher sein, dass alles, was man in der Probe findet, wirklich nur von diesem spezifischen Virus stammt und von nichts anderem. Noch einmal: Jede kleinste Verunreinigung der Probe kann dazu führen, dass man dem Virus falsche Eigenschaften zuspricht!

Hat man die biochemische Zusammensetzung des hochaufgereinigten Virus eindeutig bestimmt, sucht man sich Hüllenbestandteile oder Gensequenzen, die für dieses neue Virus typisch sind und gleichzeitig in anderen Bakterien, Viren oder menschlichen Zellen nicht vorkommen. Das ist gar nicht so einfach, denn ein Teil des menschlichen Genoms (etwa 8 Prozent) ist mit dem viralen Genom identisch, und auch bei der Produktion seiner Hüllenzacken greift das Virus auf die Ressourcen einer menschlichen Zelle zurück – schliesslich vermehrt es sich laut Schulmedizin ausschliesslich innerhalb solcher Zellen!



Die angebliche Zusammensetzung des neuen Corona-Virus: Auf der Hülle befinden sich Proteine, die wie Stacheln herausragen. Im Innern der Hülle befindet sich die RNA, einsträngiges Erbgut. Je nach Untertyp der Corona-Viren sollen sich gemäss dem heutigen Stand der Virologie das Erbgut und die Oberflächenproteine voneinander unterscheiden.

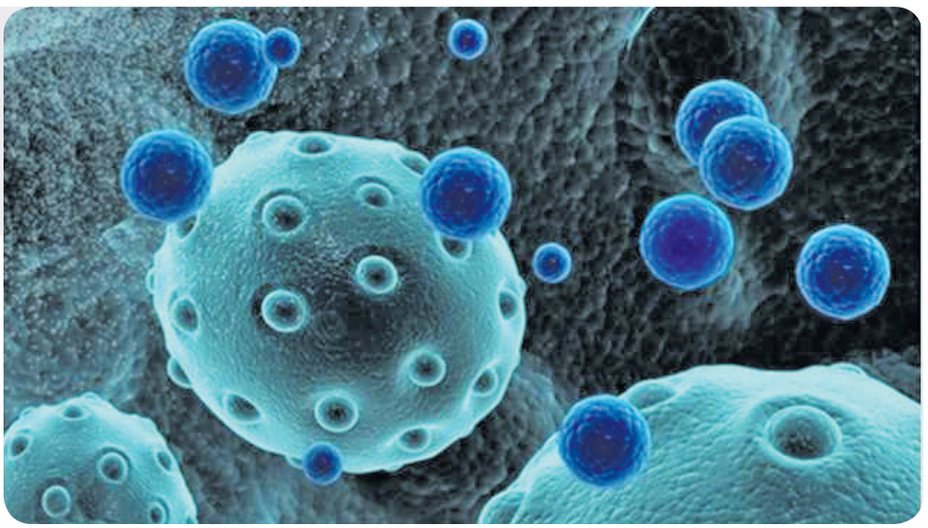


Sind Viren oft nur Mikrovesikel?

Mikrovesikel sind winzige Membranabschnürungen von Zellen, die Proteine, RNA und Ähnliches enthalten und in riesiger Anzahl und mannigfachen Erscheinungsformen auftreten. Eine Körperzelle produziert im Durchschnitt mehrere hundert Mikrovesikel täglich, was bei geschätzten 40 Billionen Körperzellen eine unüberschaubare Menge ergibt. Obgleich schon lange bekannt, galten diese Partikel bislang als unnützer Zellabfall. Genauere Untersuchungen dieser Mikrovesikel sind erst in den letzten 10 Jahren unternommen worden. Dabei wurde u.a. offensichtlich, dass diese körpereigenen Vesikel grosse Ähnlichkeit mit klassischen Viren besitzen. So berichteten einige Biologen 2016:

«Extrazelluläre Vesikel (EVs), welche von verschiedenen Zellen freigegeben werden, sind kleine phospholipidmembran-umhüllte Einheiten, die mRNA transportieren können. Sie sind heute zentrale Studienobjekte in vielen Bereichen der Biologie, da sie ein neues System von Zelle-zu-Zelle-Kommunikation darzustellen scheinen. Physische und chemische Charakteristika vieler EVs, genauso wie ihre Biogenesepfade, gleichen denen von Retroviren. Des Weiteren können EVs, die von virus-infizierten Zellen produziert werden, virale Proteine und Fragmente viraler RNA enthalten, wodurch sie ununterscheidbar von defekten Retroviren werden. [...] Wir betonen, dass es in dem spezifischen Fall einer virus-infizierten Zelle beinahe unmöglich ist, EVs von Viren zu unterscheiden und zu trennen.» [1]

Da Mikrovesikel weder optisch noch in ihren Eigenschaften klar von dem abzugrenzen sind, was wir Viren nennen, liegt die These nahe, dass die in den Viren-Tests gefundenen RNA-Fragmente in Wahrheit nichts anderes als körpereigenes Erbgut darstellen. Zumindest wurde diese These noch niemals stichhaltig widerlegt.



In einer weiteren Arbeit heisst es: «Zellen sondern verschiedene Arten von membranumhüllten Mikrovesikeln von ihrer Zelloberfläche und aus internen, vom Endosom abgeleiteten Membranen (Exosomen) ab. Interessanterweise besitzen diese Vesikel viele Gemeinsamkeiten mit umhüllten Viren, einschliesslich biophysikalischer Eigenschaften, Biogenese und Aufnahme durch Zellen. Neue Entdeckungen, welche den durch Mikrovesikel ausgeführten interzellulären Transfer von funktionalen Zellproteinen, RNA und mRNA beschreiben, haben weitere Gemeinsamkeiten zwischen Viren und zellulären Mikrovesikeln offenbart.» [2]

Da diese Mikrovesikel sowohl im Erscheinungsbild als auch in ihrer Funktion von Viren kaum bis gar nicht zu unterscheiden sind und auch ihr Inhalt in Form von RNA denen von Viren entspricht, ist es nicht unwahrscheinlich, dass neu entdeckte RNA, wie im Fall der sogenannten Corona-Viren, in Wahrheit ein Teil dieser Abermilliarden körpereigenen Mikrovesikel ist. Der Nachweis bislang unbekannter RNA reicht angesichts dieser Hintergründe jedenfalls nicht aus, um die Existenz eines neuen Virus zu behaupten. Es ist durchaus möglich, dass die RNA einfach eine bisher unbekannte Nachricht in der interzellulären Kommunikation durch Mikrovesikel ist.

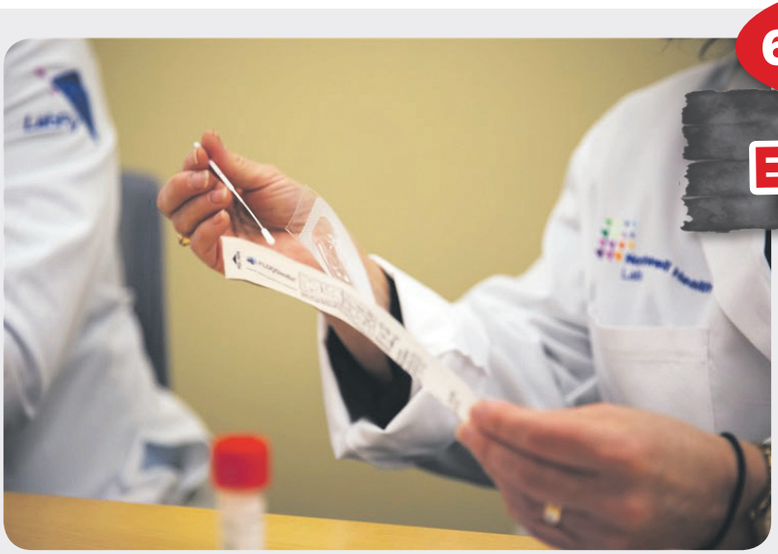
Das würde heissen, dass diese RNA körpereigen wäre und bei jedem Menschen gefunden werden könnte, wenn man nur lange genug sucht. ***(tk)***

Quellen:

viaveto.de, Corona - Eine epidemische Massenhysterie, 22.03.2020
1. ncbi.nlm.nih.gov, Extracellular vesicles and viruses: Are they close relatives?, 2016
2. ncbi.nlm.nih.gov, Microvesicles and Viral Infection, 2011

FAZIT

Da SARS-CoV-2 gar nicht in Reinform vorliegt, kann man dessen mikrobiologische Eigenschaften auch nicht bestimmen, und deshalb stellt sich im Fall Corona auch nicht einmal die Frage, ob es sich dabei vielleicht in Wahrheit um ein Mikrovesikel handeln könnte, da der erste Schritt einer sauberen Isolation gar nicht erfüllt ist. Die erstaunliche Kongruenz von Viren und Mikrovesikeln zeigt allerdings gut, auf welch dünnem Eis sich die moderne Virologie bewegt.



6. Schritt: Eichung von Labortests

Nehmen wir trotzdem an, es wäre uns gelungen, eindeutige Merkmale eines sauber isolierten Virus zu identifizieren. Nun können wir daran gehen, Tests so anzupassen, dass sie ausschliesslich auf diese eindeutigen Merkmale reagieren. Gelingt uns das, haben wir von nun an ein zuverlässiges Messgerät für die Anwesenheit dieses speziellen Virus. Wichtig: Die Aussagekraft dieser Labortests hängt definitiv davon ab, dass Schritt 4 und 5 korrekt vollzogen wurden!

Wie zuverlässig ist überhaupt der Corona-Test?

Der Nachweis für SARS-CoV-2 läuft über Abstriche aus dem Mund-, Nasen- oder Rachenraum. Der Abstrich kann Erbgut des Virus enthalten, so behauptet man. In Laboren soll das virale Erbgut durch einen empfindlichen molekularen Test nachgewiesen werden. Der vollständige und komplizierte Name lautet «Real-Time-Reverse-Transkriptase-Polymerase-Kettenreaktion» (englisch abgekürzt RT-PCR oder einfach PCR). Ein Gerät vervielfältigt das wenige genetische Material der Probe in mehreren Zyklen. Durch den Einsatz fluoreszierender Stoffe sieht man, ob die gesuchten Gensequenzen des vermeintlichen Virus vorliegen oder nicht.

Allerdings wird dieser PCR-Test von vielen Ärzten und Wissenschaftlern grundsätzlich in Frage gestellt. Der Kieler Arzt Dr. med. Claus Köhnlein bemängelt die Empfindlichkeit dieser Tests: «Der Corona-Test ist ein PCR-Test, mit all den Nachteilen, die dieser Test hat. Er ist sehr sensitiv, und wir haben damals mit dem Erfinder dieses Verfahrens, Kary Mullis, gesprochen. Ich habe ihn noch erlebt und mehrfach getroffen. [...] Das war seine Aussage: Die Tests sind viel zu sensitiv, um in der Mikrobiologie benutzt zu werden. Aber genau das ist leider passiert. Mittlerweile bedienen sich die Virologen im Wesentlichen der PCR-Tests, und das hat den Nachteil, dass man nicht weiss, ob das, was man damit misst, ursächlich irgendwas mit einem Krankheitsbild zu tun hat. [...] Diese Tests sind sehr empfindlich. Da reicht ein Stückchen DNA, um sie positiv reagieren zu lassen, und von einem Stückchen DNA wird man aber nicht krank. Wenn man von einem Virus krank wird, dann muss das mengenmässig in richtigen infektiösen Titern [Flüssigkeitsvolumen] vorliegen. Das wird alles nicht mehr gemessen.» [1]

Nicht validiert?

Der Arzt und Politiker Dr. med. Wolfgang Wodarg, ehemals Leiter des Gesundheitsamts der Stadt Flensburg, wendet ausserdem ein, dass der Corona-PCR-Test – in diesem Fall der in Deutschland entwickelte Test von Dr. Drosten (siehe S.21) – nicht ausreichend überprüft wurde, bevor er zum Einsatz kam: «Wenn ich einen Test normalerweise anwende, dann muss der vorher von der Bundesbehörde validiert werden. D.h. da muss bestätigt werden, dass der Test das misst, was er angibt zu messen. D.h. da wird ein Peer Review gemacht. Da werden Leute, die das kritisieren sollen, befragt. [...] Erst wenn das ausdiskutiert ist und alle sagen: ‹Ja, wenn man dieses Instrument anwendet, kann man das und das damit messen›, [ist der Test validiert]. Das ist bei diesem Test nicht geschehen. Das ist ein Inhouse-Test, den Herr Drosten entwickelt hat. Den er bei der WHO angemeldet hat, und dann wurde in China bestätigt: ‹Ja, wenn wir Ihren Test anwenden, dann zeigt er positiv an bei den Fällen, die wir hier im Krankenhaus haben.› [...] Wir wissen gar nicht genau, ob dieser Test wirklich nur ein SARS-Virus anzeigt oder ob nicht vielleicht verschiedene SARS-Typen, die sich ja seit 2002 entwickelt haben, angezeigt werden.» [2]

Ein Hersteller eines COVID-19-Testkits gibt Wodarg indirekt Recht, indem er angibt, dass dieses nur für Forschungszwecke und nicht für diagnostische Anwendungen einzusetzen ist, da noch nicht klinisch validiert. [3] Eine chinesische Studie, die Anfang März im «Chinese Journal of Epidemiology» veröffentlicht wurde und die Unzuverlässigkeit der COVID-Virentests nachwies (ca. 50% falsch-positive Resultate bei Asymptomatischen), wurde inzwischen wieder zurückgezogen. Der Hauptautor der Studie, immerhin Dekan einer medizinischen Fakultät, wollte den Grund für die Rücknahme nicht nennen und sprach von einer «heiklen Angelegenheit». [4]

Unabhängig von dieser Studie ist die Fehleranfälligkeit von PCR-Virentests seit langem bekannt: 2003 wurde etwa in einem kanadischen Pflegeheim eine Masseninfektion mit «SARS-Corona-Viren» «nachgewiesen», die sich später als gewöhnliche «Erkältungs-Corona-Viren» herausstellten. [5] Die Liste könnte lange fortgesetzt werden. ***(tk)***

Quellen:

1. youtube.com, Am Telefon zum Gefahrenpotential der Corona-Viren: Claus Köhnlein, 07.04.2020
2. youtube.com, Corona-Tests noch nicht validiert? PUNKT.PRERADOVIC - mit Dr. Wolfgang Wodarg, 13.03.2020
3. creative-diagnostics.com, SARS-CoV-2 Coronavirus Multiplex RT-qPCR Kit
4. npr.org, In Defense Of Coronavirus Testing Strategy, Administration Cited Retracted Study, 26.03.2020
5. ncbi.nlm.nih.gov, An Outbreak of Human Coronavirus OC43 Infection and Serological Cross-reactivity with SARS Coronavirus, 2006

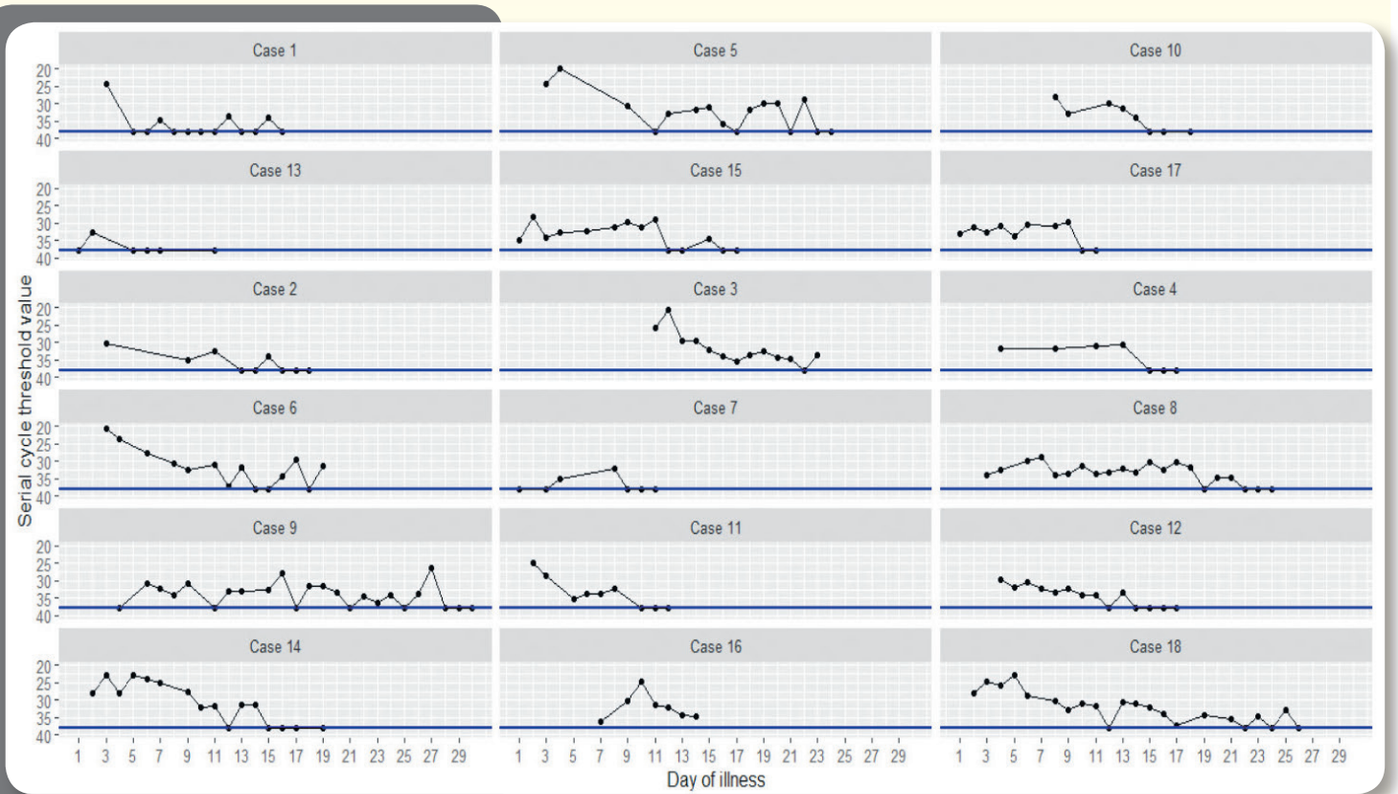
Christian Drosten @c_drosten · Apr 13

Klar: Gegen Ende des Verlaufs ist die PCR mal positiv und mal negativ. Da spielt der Zufall mit. Wenn man Patienten 2 x negativ testet und als geheilt entlässt, kann es zu Hause durchaus noch mal zu positiven Testergebnissen kommen. Das ist deswegen noch längst keine Reinfektion.

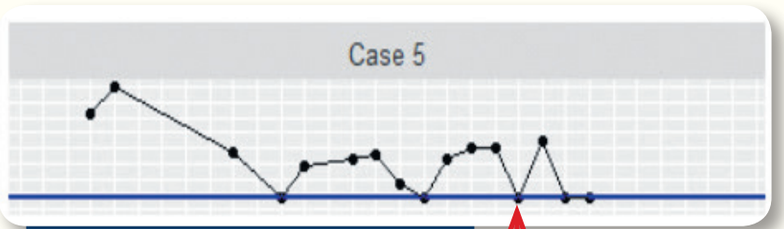
Tweet von Deutschlands «Mann der Stunde», dem Virologen Christian Drosten, vom 13. April 2020. Kann man diese Worte als Geständnis verstehen, dass der Test gar nicht funktioniert?

Analyse eines PCR-Tests

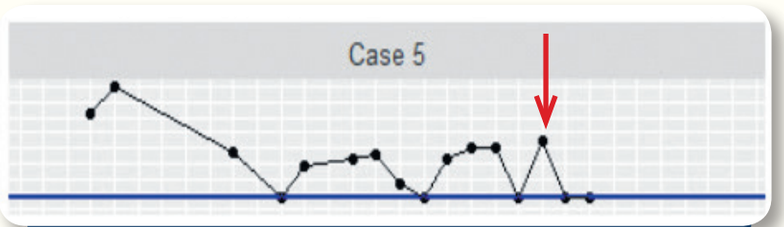
PCR-Tests beruhen auf der Möglichkeit, RNA-Stränge künstlich zu verdoppeln. Mit dieser Technik erhält man aus einem einzigen RNA-Strang nach 32 Teilungen etwa 4 Milliarden gleiche Stränge. Jede dieser Teilungen wird als ein «Zyklus» bezeichnet. Nach Ablauf einer festgelegten Anzahl von Zyklen kann man die entstandene Menge bestimmen und so auf die winzige Ausgangsmenge zurückrechnen, die man ansonsten diagnostisch nicht hätte bestimmen können. Mit diesem Wissen können wir uns einem sehr aufschlussreichen Artikel widmen, der den Ablauf eines PCR-Tests beschreibt. [1]



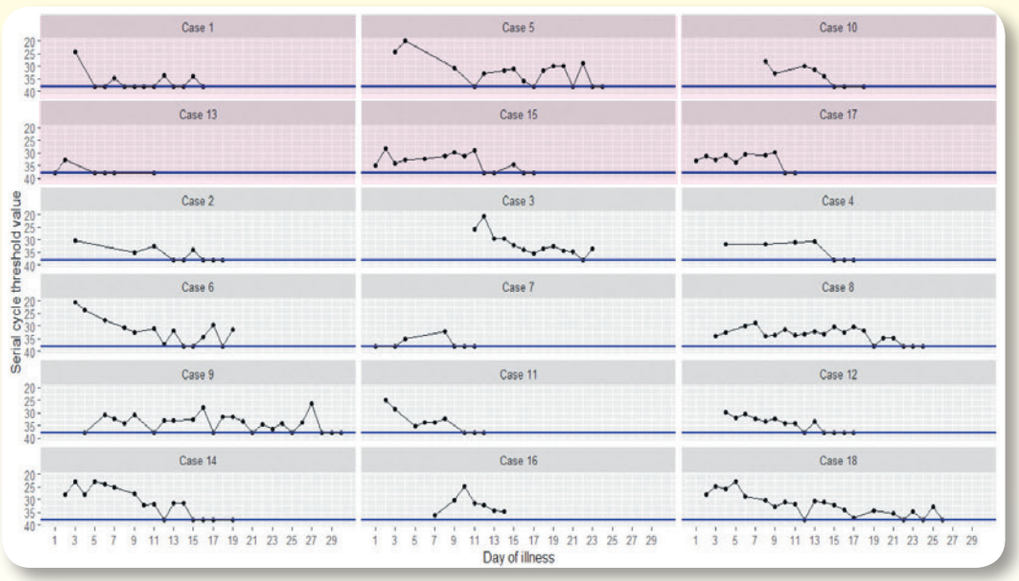
Hier sehen wir die Testergebnisse für 18 Patienten. Die Zahlen auf der linken Seite von 20 bis 40 stellen die Zyklen dar. Die RNA-Menge in den Abstrichen wurde einmal täglich für die Dauer der Erkrankung bestimmt. Zunächst einmal zeigt die blaue Linie einen von den Forschern relativ willkürlich gesetzten Schlusspunkt an. Wenn es länger als 37 Zyklen dauerte, bis RNA nachgewiesen werden konnte, galten die Tests als negativ. Es zeigt sich daran, dass diese Tests kein eindeutiges Ja-oder-Nein-Ergebnis liefern. Es liegt allein im Ermessen der Forscher, wo sie den Schlusspunkt setzen. Manche Forscher taten dies nach 37 Zyklen, manche aber auch erst nach 40 Zyklen. Auch bedeutet die Tatsache, dass nach beispielsweise 40 Zyklen noch keine RNA nachweisbar ist, nicht, dass es gar keine gab. Die Graphen an sich sind ebenfalls interessant. Man sieht, wie die RNA von einem Tag auf den anderen nachweisbar, dann nicht mehr nachweisbar, dann wieder nachweisbar ist.



Lässt sich Fall 5 beispielsweise nur an Tag 21 seiner Lungenentzündung testen, hat er keine Corona-Infektion.



Lässt er sich einen Tag später testen, ist er mit einem schon nach 29 Zyklen erfolgten Nachweis ein schwerer Fall. Es entsteht, wenn man diese Ergebnisschwankungen betrachtet, die bei allen 18 Patienten auftreten, der Eindruck, als könne man das Ergebnis genauso gut auswürfeln.



Nach herrschender Virushypothese müssten Menschen, die insgesamt schwerer erkrankt sind, auch eine höhere Viruslast besitzen. Der Nachweis der RNA sollte in solchen Fällen schon nach weniger Zyklen möglich sein. Allerdings zeigen die Graphen auch hier keine Korrelation. Die ersten sechs (lila) stellen die besonders schweren Fälle dar, bei denen die Patienten zusätzlich Sauerstoff benötigten. Jedoch zeigen diese Fälle keine besonders erhöhte RNA-Menge im Vergleich zu den 12 anderen Fällen. Auch dies weist darauf hin, dass diese RNA wohl rein gar nichts mit den Lungenentzündungen zu tun hat und der Test komplett wertlos zu sein scheint. Kranke werden mal negativ, mal positiv getestet; ebenso wie vollkommen Gesunde.

Ein Erreger, den man erst milliardenfach vervielfältigen muss, ist gar kein Erreger. Denn sonst hätte er das schon selbst getan. Die Tatsache, dass das Virus bei der PCR erst künstlich vervielfältigt werden muss, um überhaupt gefunden werden zu können, lässt viel Platz, um an der Sinnhaftigkeit der PCR zu zweifeln. Der Test ist hoch sensitiv, das heisst schon geringste Mengen der gesuchten RNA reichen aus, um ein positives Testergebnis zu liefern. Die Menge an Viruserbgut ist normalerweise so klein, dass sie zunächst gar nicht nachweisbar ist und erst durch die milliardenfache Vervielfältigung diagnostiziert werden kann. Die Vermutung, dass es sich bei untersuchter RNA möglicherweise um gar keine Krankheitsursache handelt, sondern um körpereigene RNA, ist eine valide These, die noch nicht stichhaltig widerlegt wurde. ***(tk/as)***

Quellen:
viaveto.de, Corona - Eine epidemische Massenhysterie, 22.03.2020
1. jamanetwork.com, Epidemiologic Features and Clinical Course of Patients Infected With SARS-CoV-2 in Singapore, 03.03.2020

Was ist zuverlässiger?

Fotos: Shutterstock / Envato

Corona-PCR-Test oder Münzwurf?

Zeigt bei selber Testperson von einem Tag auf den anderen völlig unterschiedliche Ergebnisse an.

Die Menge gefundener vermeintlicher «Virus-RNA» zeigt keine Korrelation zur Schwere der Krankheit.

Gemäss Erfinder des Verfahrens, Kary Mullis, sind die darauf basierenden Tests viel zu sensitiv, um in der Mikrobiologie benutzt zu werden.

Vielleicht ist die Münze wirklich zuverlässiger...

«Die Zahlen von 20- oder 50.000 Corona-Infizierten, die jeden Tag in verschiedenen Ländern genannt werden, sind völliger Unsinn. Nicht einmal ein Prozent der Bevölkerung sind mit höchst fragwürdigen Tests untersucht worden. Über die anderen 99 Prozent wissen wir gar nichts. Bereits Anfang Februar wurde ein starker Anstieg von Grippesymptomen festgestellt. Wahrscheinlich waren das auch schon Corona-Fälle. Nur, es wurde nicht getestet. Die aktuellen Massnahmen beruhen jedenfalls nicht auf Fakten, sondern sind eine irrationale Überreaktion.»

Dr. Gerd Reuther, ehemaliger Radiologe

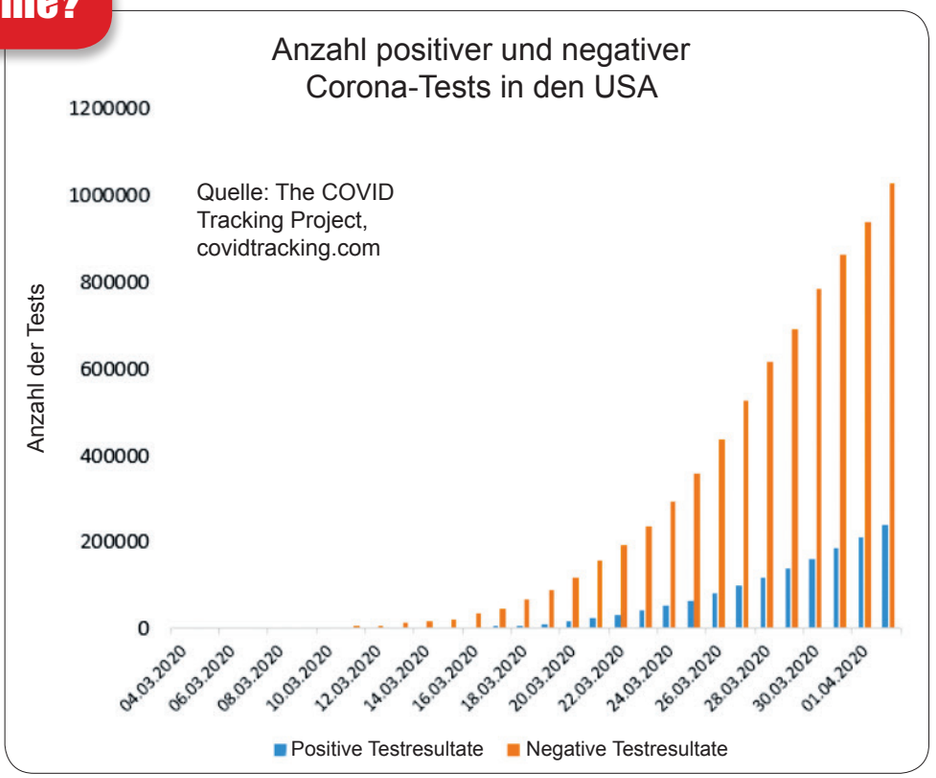
Quelle: rubikon.news, Die Desinformations-Pandemie, 25.03.2020

Corona: Eine Test-Epidemie?

Steigen die Corona-Zahlen einfach nur, weil mehr auf Corona getestet wird? Vieles deutet darauf hin: Die Mailänder Mikrobiologin Maria Rita Gismondo rief die italienische Regierung Ende März auf, die tägliche Anzahl der «Corona-Positiven» nicht mehr zu kommunizieren, da diese Zahlen «gefälscht» seien und die Bevölkerung in eine unnötige Panik versetzen würden. Die Anzahl der Testpositiven hänge stark von der Art und Anzahl der Tests ab und sage nichts über den allgemeinen Gesundheitszustand aus. [1]

Die Entwicklung der Fallzahlen ist nur dann aussagekräftig, wenn diese fortlaufend ins Verhältnis zur Anzahl der jeweils durchgeführten Tests gesetzt wird – zumindest, wenn der Test an sich aussagekräftig wäre (was er nicht ist, siehe S.52 ff.). Mit anderen Worten: Wenn in einem Land 10.000 Tests durchgeführt und dabei 1.000 Infektionen festgestellt werden, in der nächsten Woche in demselben Land 20.000 Tests und 2.000 Infektionen, dann ist daraus keine höhere Ausbreitung des Virus abzuleiten, sondern nur eine grössere Zahl der Messungen. Dann ist die Infektionsrate nicht um 100% explodiert, sondern dieselbe geblieben.

Was ebenfalls zu selten kommuniziert wird, ist die Tatsache, dass die Anzahl der Tests sich innerhalb einer Kalenderwoche (Nummer 12) in Deutschland fast verdreifachte. Daten des RKIs zeigen, dass sich die Zunahme der testpositiven Personen relativ proportional zur Zunahme der Anzahl der Tests verhält, d.h. prozentual in etwa gleich bleibt. Das zeigt, dass die Zunahme der Fallzahlen im Wesentlichen aus einer Zunahme der Anzahl der Tests resultiert, und nicht aus einer laufenden Epidemie. [2]



Die Anzahl der positiven Testresultate (blau) in den USA steigt relativ proportional zu den durchgeführten Tests.

Ein Schweizer Biophysiker hat den Umstand visualisiert, dass in den USA (wie im Rest der Welt) nicht die Anzahl der «Infizierten» exponentiell zunimmt, sondern die Anzahl der Tests. Die Anzahl der Test-Positiven in Relation zur Anzahl an Tests bleibt konstant oder steigt nur langsam, was im Prinzip gegen eine exponentielle virale Epidemie spricht. [3]

Auch Daten aus Norwegen, ausgewertet von einer promovierten Umwelt-Toxikologin, zeigten, dass die Rate der Testpositiven nicht – wie bei einer Epidemie zu erwarten wäre – zunimmt, sondern im für «Corona-Viren» normalen Bereich zwischen 2 und 10% pendelt. Das Durchschnittsalter der testpositiven Verstorbenen lag in Norwegen übrigens bei 84 Jahren (bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 82,5 Jahren). [4] ***(tk)***

Kalenderwoche 2020	Anzahl Testungen	Positiv getestet	Teilnehmende Labore
11	127.457	7.582 (5,9%)	114
12	348.619	23.820 (6,8%)	152*

Aus dem Lagebericht des RKI vom 26. März geht hervor, dass sich die Anzahl der Corona-Tests innerhalb einer Woche fast verdreifachte, und damit auch die Anzahl der positiven Tests. Der prozentuale Anteil positiver Tests an der Gesamtmenge veränderte sich jedoch kaum. Das zeigt, dass die Zunahme der Fallzahlen im Wesentlichen aus einer Zunahme der Tests resultiert, und nicht aus einer laufenden Epidemie.

Quellen:

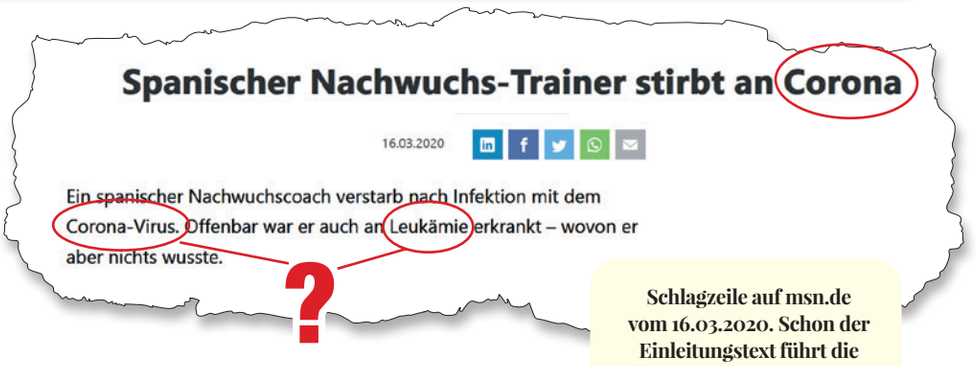
1. secoloditalia.it, Coronavirus, la Gismondo ammonisce duramente: basta snocciolare numeri sui positivi. «Sono dati falsati», 27.03.2020
2. rki.de, Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), 26.03.2020
3. twitter.com, Felix Scholkmann, 03.04.2020
4. swprs.files.wordpress.com, Die Lage in Norwegen, 28.03.2020

Schlagzeilen von Merkur, Bild und Focus. Das RKI (siehe S.12 f.) gerät immer mehr in die Kritik.

Geschmacklos: Wie positiv getestete Tote ausgeschlachtet werden

Wie schon bei der Schweinegrippe (siehe S.19) stürzen sich die Medien auf die seltenen Fälle von jungen Menschen, die mit einem positiven Test starben. Oft ist in den Schlagzeilen dann von «Corona-Toten» die Rede, um die entsprechende Reaktion in der Bevölkerung hervorzurufen. Meist muss der Leser erst den Artikel lesen, um zu erkennen, dass die Verstorbenen nicht «am», sondern «mit» dem Corona-Virus verstarben.

Z.B. Francisco Garcia, ein 21jähriger spanischer Fussballtrainer, der testpositiv verstorben war. Der Titel auf der Webseite msn.com lautet typischerweise: «Spanischer Nachwuchs-Trainer stirbt an Corona». Erst beim Lesen des Artikels erfährt man, dass eine unerkannte Leukämie, zu deren typischen Komplikationen eine schwere Lungenentzündung gehört, wohl eher zum Tod des Trainers geführt hat als Corona. [1]



Schlagzeile auf msn.de vom 16.03.2020. Schon der Einleitungstext führt die Überschrift ad absurdum. Die Rolle der Leukämie beim Tod des Trainers ist deutlich höher einzuschätzen als die von COVID-19.

Die BBC fragte: «Werden die Todesfälle durch das Corona-Virus verursacht?», und antwortete: «Es könnte eine Hauptursache sein, ein zusätzlicher Faktor, oder einfach auch noch da.» So sei ein 18 Jahre alter Mann als «jüngstes Corona-Opfer» gemeldet worden, da ein Test am Tag vor seinem Tod positiv war. Das Krankenhaus habe später jedoch mitgeteilt, der junge Mann sei an einer schweren Vorerkrankung gestorben. [2] ***(tk)***

Quellen:

1. msn.com, Spanischer Nachwuchs-Trainer stirbt an Corona, 16.03.2020
2. bbc.com, Coronavirus: How to understand the death toll, 01.04.2020

«Persönlich würde ich sagen, dass der beste Ratschlag ist, weniger Zeit mit dem Anschauen von Fernsehnachrichten zu verbringen, die sensationell und nicht sehr gut sind. [...] Wir leiden unter einer Medienepidemie!»

Professor John Oxford von der Queen Mary Universität London, weltweit führender Virologe und Influenza-Spezialist, über die Corona-Hysterie

Quelle:
novuscomms.com, A view from the hVivo / Open Orphan #ORPH Laboratory – Professor John Oxford, 31.03.2020

«Wie ein Berufsstand, der als unabhängige, kritische, unvoreingenommene Vierte Gewalt die Mächtigen kontrollieren soll, ebenso blitzschnell wie nahezu einmütig derselben kollektiven Hysterie erliegen kann wie sein Publikum und sich für Hofberichterstattung, Regierungspropaganda, expertengläubige Vergötterung der Heiligen Kuh Wissenschaft hergibt: Das ist mir unbegreiflich, es widert mich an, ich habe genug davon, ich distanziere mich voller Fremdscham von dieser unwürdigen Performance.»

Harald Wiesendanger, Wissenschafts- und Medizinjournalist, in einem Artikel über die Corona-Berichterstattung

Quellen: nachrichten-fabrik.de, Harald Wiesendanger über die Massenmedien während der Corona-Krise: ICH SCHÄME MICH – meines Berufsstands, 03.04.2020

«Mit der Verdreifachung der Tests ergab sich auch etwas mehr als eine Verdreifachung der positiv Getesteten. Diese Verdreifachung wurde den Bürgerinnen und Bürgern als Verdreifachung der Infizierten vorgeführt.»

Professor Dr. Gerd Bosbach, Professor für Statistik, Mathematik und empirische Wirtschafts- und Sozialforschung

Quelle: nachdenkseiten.de, Schluss mit Irreführung: «Wir brauchen harte, gesicherte Fakten statt nur scheinbar objektive», 03.04.2020

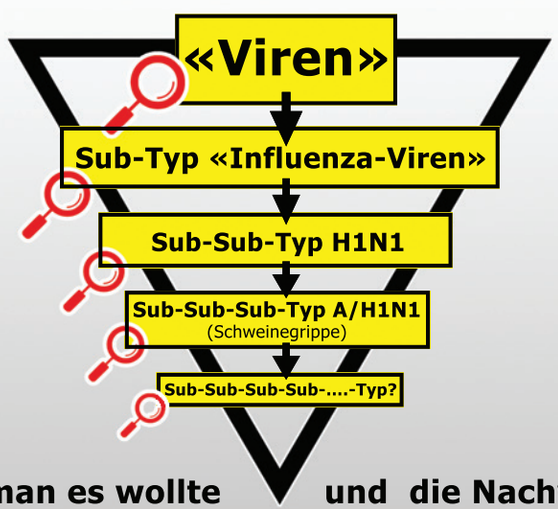
Titel von Welt, FAZ, T-Online, Spiegel ZEIT und Blick aus dem Jahr 2009 über die letztendlich vollkommen harmlose Schweinegrippe

Schweinegrippe: Damals eine reine Test-Epidemie

Vor dem vermeintlichen Ausbruch der «Schweinegrippe» 2009 wurde das Influenza-Screening in bestimmten Ländern kontinuierlich verstärkt. Dies galt insbesondere für die USA. Die Saison 2008/2009 stellte in dieser Hinsicht noch eine weitere Steigerung dar. Noch nie wurde so intensiv nach Influenzaviren geforscht. Ein ganz besonderer Schwerpunkt der Bemühungen auf US-amerikanischem Boden lag interessanterweise auf dem Grenzgebiet zu Mexiko, wo die Schweinegrippe ja besonders grassiert haben soll. Darüber hinaus erging im Jahr 2009 an alle US-Labore die Anweisung, jedes Influenza-Virus, dessen «Sub-Sub-Typ» nicht genau bestimmt werden konnte, an die US-Seuchenbehörde CDC zur genauen Bestimmung einzuschicken. Beispiel: Man findet in einem Patienten per Labortest ein H1N1-Virus. Nun gibt es nach Ansicht der Virologen aber zahlreiche Subtypen von H1N1. Konnte dieser nicht bestimmt werden, so hatte man es bisher dabei belassen. Jetzt aber bestand die Pflicht, solche Proben zu melden und einzuschicken.

Jetzt kam es aufgrund der erhöhten Testbemühungen zu den ersten Fällen: Am 28. März 2009 erkrankte ein neunjähriges Mädchen aus dem südkalifornischen Distrikt Imperial County, etwa 20 km von der mexikanischen Grenze entfernt, an Husten und Fieber und wurde von ihren Eltern in die Ambulanz einer Klinik gebracht. Man behandelte sie mit Antibiotika und Antihistaminika. Da die Klinik an einem der Influenza-Überwachungsprogramme teilnahm, wurden Proben entnommen und am medizinischen Forschungszentrum der US-Marine in San Diego auf Influenza getestet. Dort stellte man ein «untypisches Influenza A Virus» fest. «Untypisch» bedeutet, dass man keine RNA-Sequenzen finden konnte, die man bereits bekannten Influenza A-Sub-Sub-Typen hätte zuordnen können. Das Forschungszentrum leitete die Probe deshalb weisungsgemäss an die CDC (Centers for Disease Control), die US-Seuchenbehörde, weiter. Am 30. März 2009 erkrankte ein Zehnjähriger aus dem südkalifornischen Bezirk San Diego County mit ähnlichen Symptomen und auch seine Probe wurde an die CDC weitergeleitet.

Beispiel Schweinegrippe: So nahe zoomt man ran

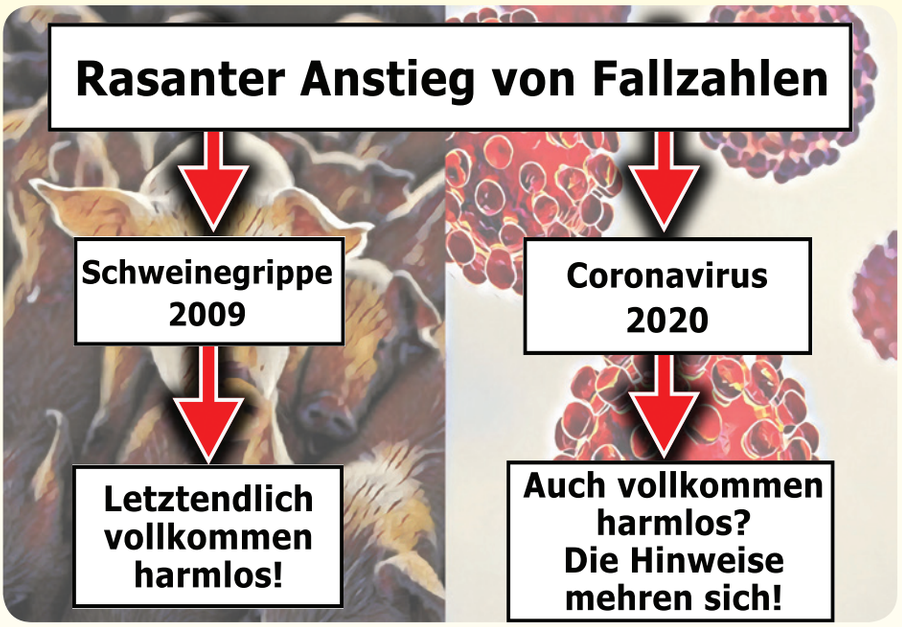


Wenn man es wollte und die Nachweisverfahren fein genug sind, könnte man die «Viren» wohl auch weiter in unzählige Sub-Typen aufteilen. Vielleicht kommt man letztendlich zu der Erkenntnis, dass jedes einzelne «Virus» auf molekularer oder atomarer oder subatomarer Ebene ein Individuum ist.

➔

Keine Pandemie in Sicht

Die CDC fand Mitte April in beiden Blutproben aus Südkalifornien schliesslich eine Gensequenz, die nach Recherchen in der weltweiten Gendatenbank GISAID mit dem Virus der Schweine-Influenza in Verbindung gebracht werden konnte. Ab sofort sprach man von der Schweinegrippe. Bei beiden Kindern waren jedoch keinerlei Kontakte zu Schweinen nachweisbar. Sie hatten auch untereinander keinerlei Kontakt gehabt – immerhin lebten sie nicht weniger als 200 km voneinander entfernt. Keine ungewöhnlich schweren Verläufe, auch nicht bei den Angehörigen. Alle waren schon wieder gesund. Weitere Ansteckungen waren nicht bekannt, schon gar keine schneeballartige Ausbreitung, was ja typisch für eine echte Epidemie wäre. Die CDC erklärte in einem Bericht, dass man sich jetzt auf eine «aggressive Suche» nach Kontaktpersonen machen werde, um herauszufinden, ob es sich hier möglicherweise um ein Pandemievirus handelte, das man anscheinend mit der Brechstange suchte. Der Umstand, dass beide betroffenen Kinder aus Südkalifornien jeweils nur etwa 20 km von der mexikanischen Grenze entfernt wohnten, rückte Mexiko in den Fokus der Virenjäger.



Am 23. April 2009 gab die CDC bekannt, es gebe jetzt sieben «bestätigte» Fälle. Das war bei der intensiven Suche, die man gestartet hatte, nicht überraschend. «Bestätigt» hiess hier paradoxerweise, dass man eine Gensequenz in der Probe fand, die in der zentralen GISAID-Gendatenbank einen Verweis zum Schweineinfluenzavirus enthielt, man gleichzeitig jedoch den H1N1-Sub-Sub-Typ nicht genau bestimmen konnte. Alle Verläufe waren mild, die Grippesymptome im Rahmen des Normalen. Sämtliche Erkrankte waren auch schon wieder gesund, ein einziger Fall war in der Klinik gewesen. Die Erkrankten hatten keinen Kontakt untereinander und auch keine Kontakte zu Schweinen. Die nachgewiesenen Genome der Fälle seien sich «ähnlich» («similar»), so die CDC. Davon, dass

Massenmigration - aus den Augen, aus dem Sinn?

Seit Anfang des Jahres 2020 scheint sich alles nur noch um das «Corona-Virus» zu drehen. Die Nachrichten über Erdogans Migrationswaffe, die gegen die griechische Grenze gerichtet ist, wurden unter Schockartikeln über COVID-19 begraben. Doch vom Wegsehen löst sich weder die kommende, bewusst gegen Europa gerichtete Massenmigration in Luft auf, noch verschwindet der bestehende und sich verschärfende Konflikt, der durch die Migrationswellen seit 2015 verursacht wurde. In mehreren Ausgaben (u.a. Nr. 5, 14, 19) haben wir uns quellenbasiert mit der Agenda hinter der bewusst erzeugten Massenmigration beschäftigt. Ob man es wahrhaben will oder nicht: Der Bevölkerungsaustausch (erklärte UN-Politik der «Replacement Migration») ist in vollem Gang!

Ausgabe Nr. 5

Ausgabe Nr. 14

Ausgabe Nr. 19

es identische Gensequenzen gewesen sein sollen, dass es sich also um exakt den gleichen Virustyp handelte, war nicht die Rede.

Mexiko beschloss an diesem Tag ein umstrittenes Gesetz zur Erweiterung der Vollmachten der Bundespolizei. Gleichzeitig wurde wegen der angeblichen Schweinegrippe-Todesfälle der Ausnahmezustand ausgerufen. Von alternativen Diagnosen – z.B. Atemwegserkrankungen als Folge der Luftverschmutzung – bei den Erkrankten in Mexiko war keine Rede. Dabei ist Mexiko City, wo die meisten Fälle auftraten, aufgrund der Armut der Bevölkerung und der hohen Luftverschmutzung geradezu prädestiniert für Atemwegserkrankungen!

Was sagten die Testkits?

Am 24. April 2009 meldete die CDC acht Fälle in den USA. Bei 14 aus Mexiko stammenden Patientenproben seien sieben ebenfalls «testpositiv» gewesen. Auch hier hiess es, die Genome der Proben seien sich «ähnlich». Davon, dass die Viren aus Südkalifornien und aus Mexiko «identisch» waren, war nicht die Rede. Im Übrigen habe man auch andere Influenza-Viren gefunden, nicht nur solche vom Typ H1N1. An diesem Tag gab es die ersten beiden DPA-Meldungen zur angeblichen Schweinegrippe.

Die CDC kündigte am 25. April 2009 an, derzeit in Entwicklung befindliche neue Testkits demnächst in die ganze Welt zu verschicken. Wie man diese Kits auf das neue Virus geeicht hatte, blieb unklar, denn bisher unterschieden sich die Genome ja je nach Ausbruchsort ein wenig. Die übliche Prozedur bei der «Eichung» eines Tests sollte allerdings sein: Man nimmt eine Gruppe von Patienten, die den neuen Diagnose-Stempel erhalten haben und experimentiert so lange, bis man bei ihnen mit Hilfe des Tests zuverlässig bestimmte Gensequenzen oder Proteine nachweisen kann, die bei Gesunden nicht oder nicht in dieser Konzentration aufzufinden sind. Das Ergebnis sind Labortests, deren Aussagekraft trotzdem beschränkt ist, denn in welchem Zusammenhang die festgestellten Moleküle mit der Erkrankung stehen, ist ja keineswegs geklärt (siehe S.60 ff.).

Neuer Weltrekord

Die WHO meldete sich erstmals zu Wort und gab völlig überraschend bekannt, das CDC habe das Genom des Schweinegrippevirus vollständig entschlüsselt. Das war merkwürdig, denn die CDC hatte ja bisher immer nur von «ähnlichen» oder «im Wesentlichen identischen» Viren gesprochen. Entweder waren die Viren identisch und von einer spezifischen Influenza-Unterart – oder sie waren es eben nicht.

Merkwürdig war auch, dass diese Bekanntmachung nicht von der CDC selbst kam. War die WHO hier etwa versehentlich zu früh losgeprescht? Oder war dies Teil einer Strategie, die Virushypothese durch die Autorität der WHO möglichst problemlos global durchzusetzen? Jedenfalls war die vollständige Bestimmung des Genoms eines neuen Virus innerhalb von 10 Tagen neuer Weltrekord. Zudem ist es völlig unüblich, solch folgenschwere Stellungnahmen zu veröffentlichen, ohne dass es eine ordentliche Publikation in einer renommierten Zeitschrift gegeben hätte und ohne dass andere Institute Gelegenheit hatten, die Ergebnisse zu bestätigen. Eigentlich ist eine sorgfältige Prüfung und Bestätigung durch andere Institute eine übliche Prozedur. Stattdessen wurden die Behauptungen der US-Seuchenbehörde von der WHO ungeprüft übernommen.

Trotz allem erklärten die USA am 26. April 2009 den nationalen Gesundheitsnotstand. Dies hatte u.a. zur Folge, dass die von der Zentralregierung gelagerten Tamiflu-Vorräte (siehe S.16 f.) jetzt an die 50 Bundesstaaten der USA verteilt wurden. Man schien sich in Washington also ziemlich sicher zu sein, dass die Pandemie kommen würde. An diesem Tag gab es 33 DPA-Meldungen zum Thema Schweinegrippe.

Ungeprüfte Testkits

Die neuen Testkits für das Schweinegrippe-Virus wurden am 28. April von der CDC an alle US-Bundesstaaten ausgeliefert. Die FDA, die zuständige Zulassungsbehörde, hatte die neuen Testkits mehr oder weniger ungeprüft durchgewunken. Die Folge: Es wurden jetzt Testsysteme in die USA und die ganze Welt verschickt, die von keiner Instanz ordentlich geprüft worden waren und von denen niemand mit Sicherheit sagen konnte, ob die festgestellten RNA-Sequenzen irgendetwas über den Gesundheitszustand und seine Ursache aussagten.

Am 30. April 2009 sprach die CDC nun von 149 «bestätigten» Fällen in den USA, darunter sechs Hospitalisierte und ein Todesfall. Zum Vergleich: Das tägliche Influenza-Grundrauschen in den USA betrug dem CDC zufolge bis zu 165.000 Neuerkrankungen und bis zu 98 Todesfällen. Frei nach dem Motto «heute testen wir in den USA, morgen in der ganzen Welt» verschickte das CDC seine neuen Testkits nun weltweit. Die US-Behörden wurden von besorgten Anfragen der Bürger überrannt, Telefon- und Email-Hotlines mussten radikal aufgestockt werden. An diesem Tag waren es 74 DPA-Meldungen zum Thema Schweinegrippe.

Das SARS-CoV-2-Labortest-Kit der CDC, mit dem man auf der ganzen Welt nach «Schweinegrippe-Fällen» suchte.

Am 11. Juni 2009 rief die WHO die Pandemiestufe 6 aus. Begründung: 30.000 Fälle in 74 Ländern, nachdem man über 40 Tage mit hunderttausenden Testkits danach gesucht hatte. Es gab damals nicht den geringsten Anlass, von einer Epidemie oder gar Pandemie auszugehen. Den angeblichen 30.000 weltweiten Pandemie-Fällen innerhalb von zwei Monaten standen durchschnittlich 2,7 Millionen tägliche Neuerkrankungen durch die ganz normale saisonale Virusgrippe gegenüber! Es gab schlichtweg keine Schweinegrippe-Pandemie. Sie war eine reine Erfindung der US-Seuchenbehörde CDC. Was es stattdessen tatsächlich gab, war eine weltweite «Labortest-Pandemie», die sich schon seit Jahren angebahnt

➔

➔ und mit den weltweit verbreiteten Schweinegrippe-Testkits der CDC einen neuen Höhepunkt erreicht hatte. Am Ende war die «Schweinegrippe-Saison» nachweislich bezüglich Schwere des Verlaufs und Anteil der Todesfälle weit harmloser als eine normale Grippewelle.

Die angeblich drohende Gefahr, das bisher weitgehend harmlose Schweinegrippevirus könnte jederzeit zu einem tödlichen Virus mutieren, galt und gilt übrigens auch für hunderte, wenn nicht gar tausende anderer bekannter und unbekannter Influenza-Virenstränge. Der offiziellen Logik zufolge müsste man also gegen hunderte oder tausende von unterschiedlichen Virensträngen impfen. Und nicht nur das: Träfen die Schreckensszenarien der Virologen zu, müsste die Menschheit eigentlich längst ausgerottet worden sein.

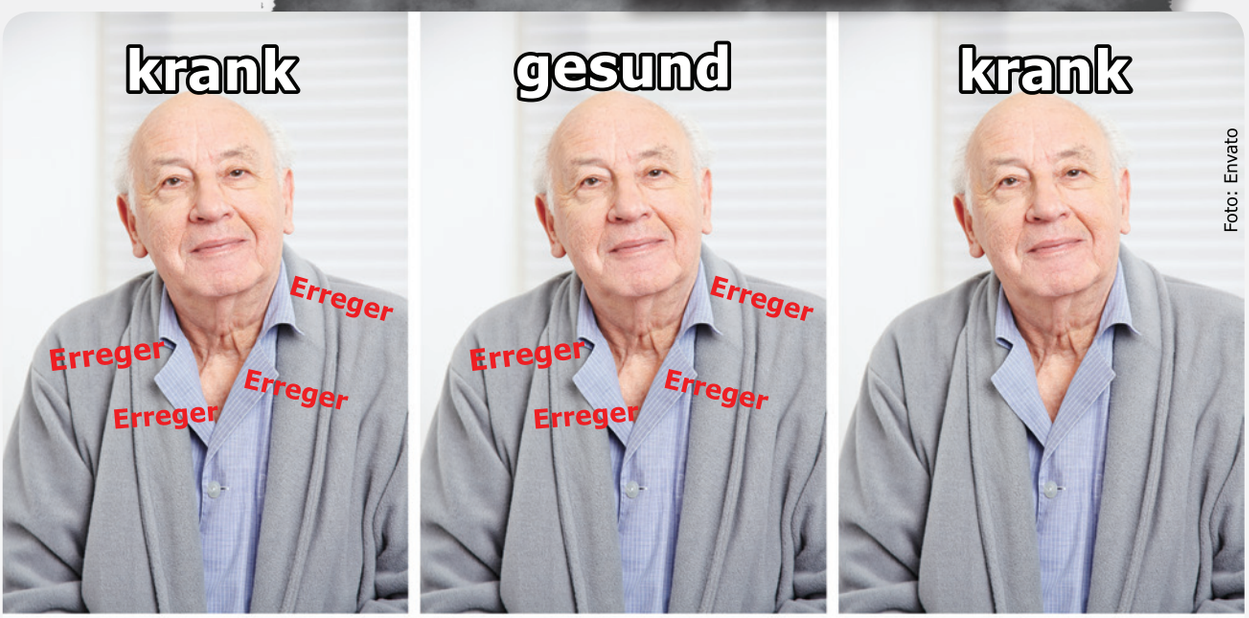
Wer aus der Vergangenheit nichts lernt, ist dazu verdammt, sie zu wiederholen: Die frappierenden Ungenauigkeiten bei der letztlich vollkommen harmlosen «Schweinegrippe» setzen sich heute bei Corona fort. Schon damals sagten die steigenden Fallzahlen überhaupt nichts über eine reale Gefahr aus. ***(tk/ht)***

Quelle: de.wikipedia.org, Pandemie H1N1 2009/10

FAZIT

Der weltweite Anstieg von positiv auf COVID-19 Getesteten besitzt keinerlei Aussagekraft. Eine Verbindung zwischen einem Krankheitserreger und einem positiven PCR-Test ist schlicht nicht vorhanden. Die Tests schlagen bei einem bestimmten Prozentsatz der Bevölkerung positiv an, auch bei Gesunden. Je mehr man testet, desto mehr «COVID-19-Fälle» wird man finden. Das sagt rein gar nichts über die Existenz eines gefährlichen Virus aus.

7. Schritt: Das erste Koch-Postulat muss erfüllt sein.

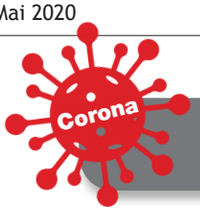


Erstes Koch-Postulat erfüllt

Erstes Koch-Postulat nicht erfüllt

Erstes Koch-Postulat nicht erfüllt

Die Koch-Postulate beschreiben die Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen einem Erreger und dem entsprechenden Wirt, die mit Hilfe dieser Postulate experimentell überprüft werden kann. Um einen Mikroorganismus als Krankheitserreger zu bezeichnen, müssen diese Postulate erfüllt sein. Das erste Koch-Postulat verlangt, dass der vermeintliche Erreger nur in Kranken, niemals (oder, wenn man grosszügig sein will, selten) aber in Gesunden gefunden wird. Ist dies der Fall, besteht ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung und dem vermeintlichen Erreger. Ob es auch ein ursächlicher Zusammenhang ist, ist damit aber noch nicht geklärt. Schliesslich könnte der vermeintliche Erreger auch eine Folge der Krankheit bzw. Krankheit und Erreger Folge einer anderen Ursache sein. Klar ist jedoch: Findet man den «Erreger» auch in vielen Gesunden und/oder in Kranken nicht, dann ist der Zusammenhang nicht eindeutig.



Das erste Koch-Postulat ist bei Corona nicht erfüllt!

Dass ein grosser Teil der positiv auf Corona Getesteten ohne Symptome bleibt, ist eine Tatsache. Damit ist das erste Koch-Postulat nicht erfüllt, dass der Erreger nur in Kranken, niemals aber in Gesunden gefunden wird. Die angegebenen Zahlen variieren allerdings:

Der italienische Immunologie-Professor Sergio Romagnani der Universität Florenz kommt in einer Studie an 3.000 Personen zu dem Ergebnis, dass 50 bis 75% der testpositiven Personen aller Altersgruppen vollständig symptomfrei bleiben. [1]

Die beiden Stanford-Medizinprofessoren, Dr. Eran Bendavid und Dr. Jay Bhattacharya, erklären in einem Beitrag [2], dass die Tödlichkeit von COVID-19 um mehrere Grössenordnungen überschätzt werde und vermutlich selbst in Italien nur bei 0,01% bis 0,06% und damit unter jener der Influenza liege. Der Grund für die Überschätzung liege in der stark unterschätzten Anzahl der bereits (symptomlos) Infizierten.

Eine Studie der Universität Oxford kommt zu dem Ergebnis, dass COVID-19 vermutlich schon seit Januar 2020 in Grossbritannien existierte und seitdem bereits die Hälfte der Bevölkerung infiziert und somit immunisiert worden sei, wobei die meisten Menschen keine oder nur sehr milde Symptome erlebt hätten. [3]

Das British Medical Journal (BMJ) berichtet am 02.04.2020, dass laut neuesten Daten aus China 78% der testpositiven Personen keine Symptome zeigen. Ein Oxford-Epidemiologe sagt dazu: «Diese Resultate sind sehr, sehr wichtig. [...] Wenn diese Resultate repräsentativ sind, dann müssen wir uns fragen, warum zur Hölle wir einen Lockdown betreiben?» [4] ***(tk)***

Daten aus China zu positiv auf Corona getesteten Personen

78% Ohne Symptome | **22%** Mit Symptomen

Quelle: bmj.com, Covid-19: four fifths of cases are asymptomatic, China figures indicate, 02.04.2020

Quellen:

1. repubblica.it, Coronavirus: «Il 50-75% dei casi a Vo' sono asintomatici. Una formidabile fonte di contagio», 16.03.2020
2. wsj.com, Is the Coronavirus as Deadly as They Say?, 24.03.2020
3. news.yahoo.com, New Oxford study suggests millions of people may have already built up coronavirus immunity, 24.03.2020
4. bmj.com, Covid-19: four fifths of cases are asymptomatic, China figures indicate, 02.04.2020

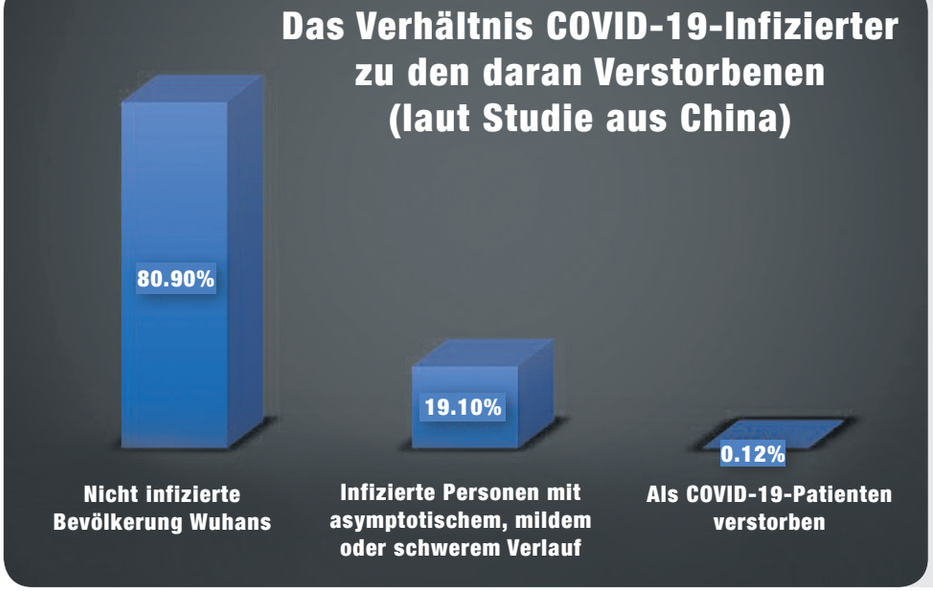
Forscher der Columbia-Universität: Bei Stichprobe von schwangeren Frauen 87,9% symptomlos!

COLUMBIA UNIVERSITY

«215 schwangere Frauen [...] wurden bei der Aufnahme auf Symptome von COVID-19 untersucht. Vier Frauen (1,9%) hatten bei der Aufnahme Fieber oder andere Symptome von COVID-19, und alle vier Frauen wurden positiv auf SARS-CoV-2 getestet. Von den 211 Frauen ohne Symptome waren alle bei der Aufnahme fieberfrei. Von 210 der 211 Frauen (99,5%), die keine Symptome von COVID-19 aufwiesen, wurden Nasen-Rachen-Abstriche entnommen; von diesen Frauen waren 29 (13,7%) positiv für SARS-CoV-2. Somit wiesen 29 der 33 Patienten, die bei der Aufnahme positiv für SARS-CoV-2 waren (87,9%), [...] keine Symptome von COVID-19 auf.»

Dr. Desmond Sutton, Dr. Karin Fuchs, Dr. Mary D'Alton, Dr. Dena Goffman vom Irving Medical Center der Columbia Universität in New York, in einem Artikel für das New England Journal of Medicine

Das Verhältnis COVID-19-Infizierter zu den daran Verstorbenen (laut Studie aus China)

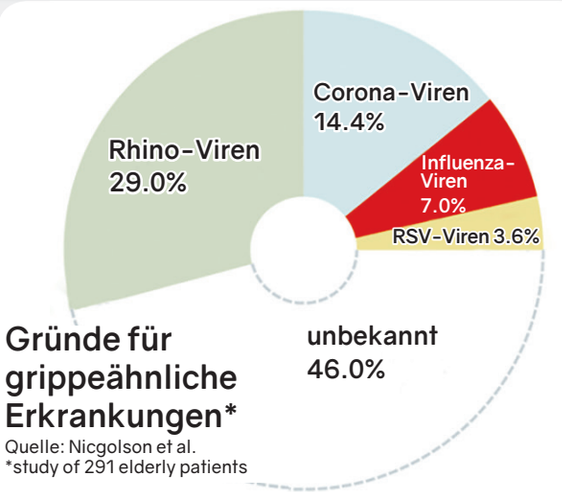


Laut den Zahlen einer Studie aus China liegt die Rate der Infizierten um mehrere Grössenordnungen höher, als zunächst angenommen worden war. Insgesamt soll bis zu einem Fünftel der Bevölkerung in der Millionenmetropole Wuhan infiziert gewesen sein – die allermeisten davon, ohne es zu wissen und demzufolge auch ohne Krankheitsverlauf. Diese horrend hohe Rate an symptomlosen Personen drückt die Todesrate von COVID-19 laut der Studie auf ein verschwindend geringes Niveau.

Quelle: medrxiv.org, Early epidemiological assessment of the transmission potential and virulence of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan City: China, January-February, 2020, Kenji Mizumoto, Katsushi Kagaya, Gerardo Chowell

Wer suchet, der findet - auch andere «Viren»

Ausgehend von den herrschenden Thesen der Virologie, trägt jeder Mensch Viren in sich und würde wahrscheinlich auf zahlreiche Tests zu bestimmten Virengruppen positiv reagieren. Dr. med. Wolfgang Wodarg (siehe S.14, 52 u. 76) stellt dazu fest: «Jedes Jahr, überall in der Welt, haben wir immer neue Viren, weil die Viren sich verändern müssen. Wenn dieselben Viren nochmal kämen, dann würde sie unser Immunsystem erkennen und sie könnten uns nicht krank machen. [...] Deshalb haben wir jedes Jahr neue Varianten dieser Viren. Da gibt es etwa hundert verschiedene Virustypen und die verändern sich dauernd. [...] Wenn ich bei Menschen, die sterben und auf der Intensivstation liegen, nach Corona teste, dann werde ich immer 7–15% Coronaviren finden.» [1]



Egal welche Gruppe von Menschen mit Grippesymptomen man testet, es finden sich immer zwischen 7–15% «Corona-Viren».

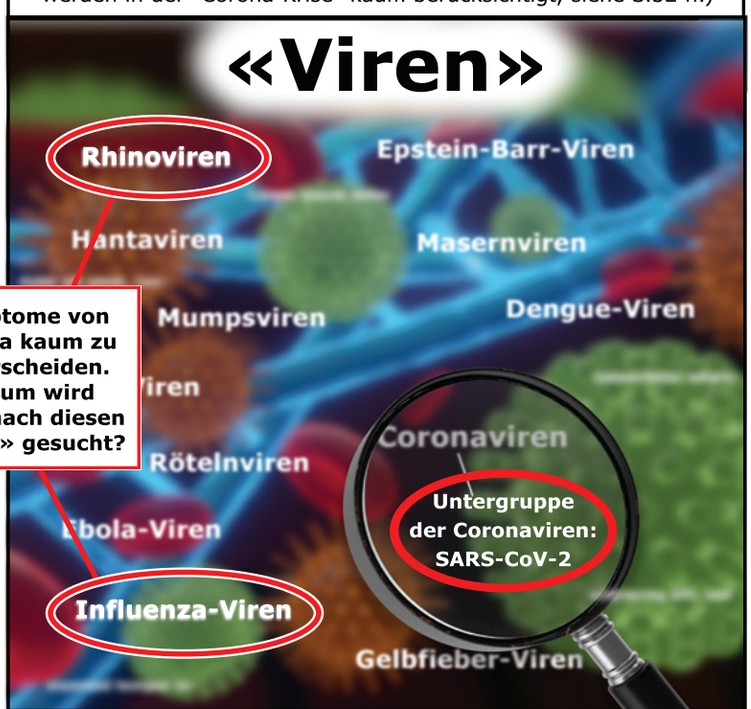
Tatsächlich lassen sich bei Menschen mit einer grippeähnlichen Erkrankung, egal welcher Gruppe, immer 7–15% «Corona-Viren» finden. Das beweisen Statistiken und Arbeiten aus vergangenen Jahren. [2,3] Bei COVID-19 liegt der Anteil der testpositiven Personen weltweit zwischen circa 5 und 15%, was in etwa der üblichen Verbreitung von «Corona-Viren» entspricht. Interessanterweise werden diese konstanten Zahlenwerte von Behörden und Medien nicht aktiv kommuniziert. Stattdessen werden exponentielle, aber irrelevante und irreführende Kurven ohne Kontext gezeigt. ***(tk)***

Quellen:

1. youtube.com, «Stoppt die Corona-Panik» - Ex-Gesundheitsamtsleiter Dr. Wolfgang Wodarg (Interview, Dokumentation), 17.03.2020
2. ncbi.nlm.nih.gov, Characteristics and Outcomes of Coronavirus Infection in Children: The Role of Viral Factors and an Immunocompromised State, 2019
3. ncbi.nlm.nih.gov, Detection of Four Human Coronaviruses in Respiratory Infections in Children: A One-Year Study in Colorado, 2009

Andere negative Einflussfaktoren auf die Gesundheit

(Ernährung, Gifte, Psyche, andere Erreger wie Bakterien usw., diese werden in der "Corona-Krise" kaum berücksichtigt, siehe S.32 ff.)



Mikrobiologisch konzentriert man sich bei SARS-CoV-2 auf die UNTERGRUPPE einer UNTERGRUPPE einer Erreger-UNTERGRUPPE («Viren») und schliesst alle anderen möglichen Faktoren weitgehend aus.

Foto: Ralf Schultheiss

«Corona-Viren sind uns bekannt aus der Vergangenheit [...] Die Daten aber sprechen dafür, dass diese Erkrankung weniger gefährlich ist als Influenza. [Bei] Influenza können wir uns doch noch alle gut daran erinnern, wie es 2017 zu einer schweren Ausbruchsituation kam. Letztendlich mit 27.000 Toten in Deutschland, und diese 27.000 Toten, die scheinen manche verdrängt zu haben. [...] Es kann nicht sein, dass wir uns nur noch um Corona kümmern und dass irgendwo die Gefahr besteht, dass irgendwelche anderen Keimausbrüche [...] resultieren.»

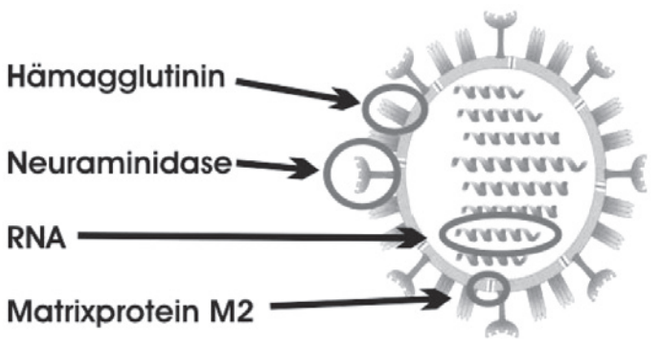
Prof. Dr. Jochen A. Werner, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Essen

Quelle: youtube.com, Prof. Dr. Jochen A. Werner zum Corona-Virus, 05.03.2020

Ist jedes «Virus» ein Individuum?

Vor etwa hundert Jahren hatte man nur wenige Bakterien bei Grippesymptomen im Verdacht. Doch wo man keine Bakterien fand, ging man später einfach davon aus, es müsse sich um noch viel kleinere (und deshalb damals noch nicht darstellbare) Organismen, nämlich «Viren» handeln. So wurde das Influenza-Virus «geboren». Für Jahrzehnte war seine Existenz reine Hypothese, denn gesehen hatte es bis dahin niemand. Erst im Jahre 1939 ging das Elektronenmikroskop bei Siemens in Serie. Damit konnte man bestimmte Teilchen erkennen und bezeichnete sie anschliessend als «Viren». In der Praxis sah die Entdeckung neuer Subtypen so aus: Immer dann, wenn das vermeintliche Virus die Erwartungen der Virologen nicht erfüllte, es würde die Träger krankmachen, musste dafür reflexartig eine vermeintliche Mutation oder eine bisher unbekannte Variante dieses Virus herhalten, obwohl sich das Aussehen des Virus unter dem Elektronenmikroskop nicht verändert hatte. Dies wurde dann mit fragwürdigen Experimenten «bewiesen». So entstand die Unterscheidung zwischen den Subtypen der Influenza A, B und C. Und danach die Unterscheidung der Influenza A-Typen in bis zu 144 Sub-Sub-Typen, die sich aus Variationen der Virus-Oberflächenproteine Hämagglutinin und Neuraminidase ergaben. Denn beim Hämagglutinin unterschied man mit der Zeit 16 Untertypen und bei der Neuraminidase 9 Untertypen bzw. Variationen.

Doch dies ist noch lange nicht das Ende der Fahnenstange: Jeder dieser Sub-Sub-Typen, z.B. A/H1N1, kann sich – wenn der Virologe es nur will und die Nachweisverfahren fein genug sind – in unzählige Sub-Sub-Sub-Typen unterteilen. Je mehr Zeit verstreicht, desto feiner werden die Nachweismethoden und desto mehr Subtypen finden die Virologen – und desto mehr Impfungen gegen immer mehr Variationen sind angeblich notwendig. Eine Entwicklung, die den Interessen der Impfstoffhersteller natürlich sehr entgegenkommt. Wo wird sie enden? Vielleicht bei der Erkenntnis, dass jedes einzelne «Virus» ein «Individuum», also einzigartig ist und sich auf molekularer oder atomarer oder subatomarer Ebene irgendwie von allen anderen herumschwirrenden «Viren» unterscheidet. ***(tk/ht)***



Die Zusammensetzung des vermeintlichen «Influenza-Virus»: Typisch für die Hülle sind die Proteine Hämagglutinin, Neuraminidase und M2. Im Innern der Hülle befindet sich die RNA, einsträngiges Erbgut. Vom Hämagglutinin sind 16 und von der Neuraminidase neun verschiedene Untertypen bekannt. Die Bezeichnung «H1N1» bedeutet also nichts anderes als «Hämagglutinin vom Typ 1» und «Neuraminidase vom Typ 1». Entsprechend verhält es sich mit den anderen Influenza A-Viren, z.B. H5N1 und H3N2. Die Kombinationsmöglichkeiten scheinen endlos.

FAZIT

Da vollkommen symptomlose Personen positiv auf SARS-CoV-2 getestet werden, besteht kein Zusammenhang zwischen dem «Virus» und der Krankheit. Das erste Koch-Postulat ist nicht erfüllt. Zudem wird so gut wie gar nicht nach anderen Viren oder Erregern gesucht, die das erste Koch-Postulat vielleicht erfüllen könnten.

8. Schritt: Das zweite Koch-Postulat muss erfüllt sein.

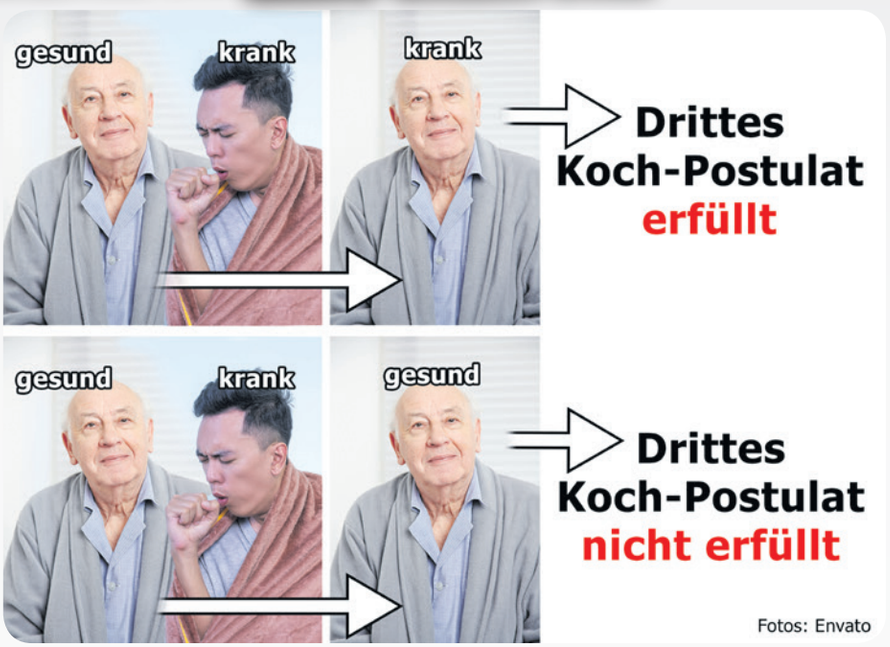
Das zweite Postulat verlangt, dass ein Krankheitserreger sich vermehren können muss. Da dies innerhalb des menschlichen Körpers experimentell nicht so einfach nachvollzogen werden kann, nimmt man ersatzweise eine Zellkultur in der Petrischale und experimentiert so lange, bis diese Zellen das Virus fleissig reproduzieren. Natürlich muss das Endprodukt mit dem Ausgangsprodukt nachweislich hundertprozentig übereinstimmen, was zu überprüfen wäre.

FAZIT

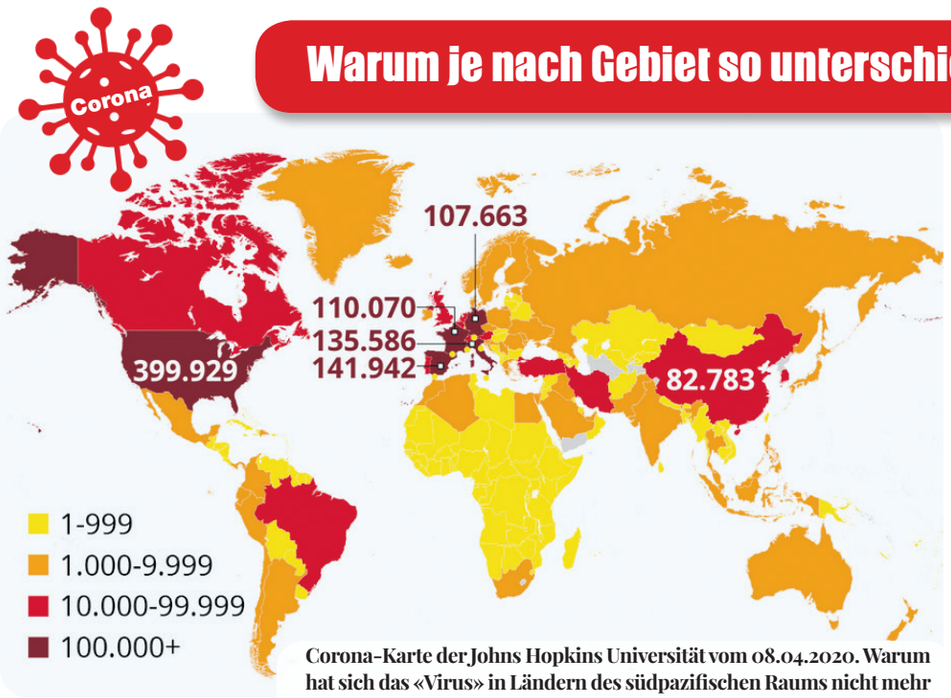
Das Virus müsste erst einmal in Reinkultur vorliegen, um den Test auf Vermehrung durchzuführen. Das ist bei SARS-CoV-2 nicht der Fall.

9. Schritt: Das dritte Koch-Postulat (Ansteckung) muss erfüllt sein

Das dritte Postulat nach Robert Koch verlangt, dass der Erreger, wenn man ihn – natürlich möglichst auf dem Wege des vermuteten natürlichen Übertragungsweges (also durch Nase und Mund) – in einen nachweislich gesunden Organismus einbringt, dort genau die gleiche Krankheit auslösen muss wie in den Patienten, aus denen man die Viren ursprünglich entnommen hat. Wenn dies nicht gelingt, könnte es sich auch um ein sogenanntes «endogenes Virus» (siehe S.65) oder Mikrovesikel (siehe S.50 f.) handeln, die von den Körperzellen von sich aus produziert werden. Ein wesentliches Element dieses 9. Schrittes ist der Einsatz von Kontrollgruppen, die genau gleich behandelt werden, aber auf dem normalen Übertragungsweg ganz andere, als harmlos bekannte Mikroorganismen verabreicht bekommen. Dabei dürfen weder die Probanden noch die Forscher, die die Versuche durchführen, wissen, welche Versuchsperson bzw. welches Versuchstier zu der eigentlichen Testgruppe oder aber zur Kontrollgruppe gehört (Doppel-Blind-Studie). Nur auf diesem Wege ist es möglich, eine bewusste oder unbewusste Beeinflussung des Ergebnisses zu verhindern. Das Fehlen einer Kontrollgruppe ist einer der deutlichsten Hinweise auf eine mögliche Manipulation des Ergebnisses durch die Studien-Verantwortlichen.



Warum je nach Gebiet so unterschiedliche Verläufe?



Corona-Karte der Johns Hopkins Universität vom 08.04.2020. Warum hat sich das «Virus» in Ländern des südpazifischen Raums nicht mehr verbreitet? Dort leben und arbeiten mehr Chinesen als in Europa.

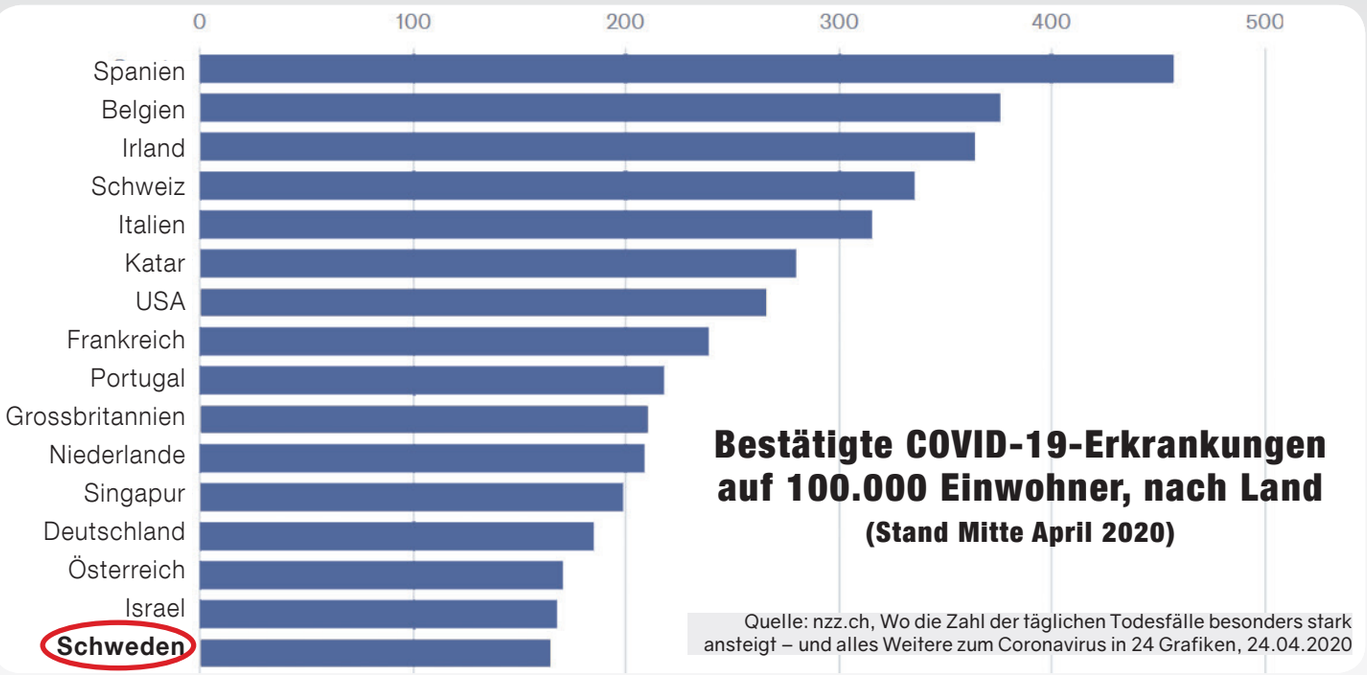
Müsste man nicht erwarten, dass eine Pandemie sich vom Ursprungsort China zuerst in Ländern mit hoher chinesischer Migration und dann von diesen Ländern aus allmählich über dem Globus ausbreitet? Müsste man dann nicht zumindest eine ähnliche Verbreitung und Schwere der Krankheit auf der ganzen Welt beobachten können? Warum explodierten die COVID-19-Zahlen nicht an den Grenzländern zu China, sondern vor allem in Europa und den USA? Im südpazifischen Raum, wo deutlich mehr Chinesen leben und arbeiten als in Europa, blieben die dramatischen Zahlen bisher aus.

«Japan erwartete eine Corona-Viren-Explosion», schrieb die Japan Times: «Wo bleibt sie?» Obschon Japan als eines der ersten Länder positive Testresultate hatte und keinen «Lockdown» einführte, sei es bisher eines der am wenigsten betroffenen Länder. Es gebe keine Zunahme an Lungenentzündungen und keine erhöhte Krankenhausbelegung. [1]

Schweden verfolgt bisher die liberalste Strategie im Umgang mit COVID-19, die auf zwei Prinzipien beruht: Risikogruppen werden geschützt und Personen mit Grippesymptomen bleiben zuhause. «Wenn man diese beiden Regeln befolgt, braucht man keine weiteren Massnahmen, deren Effekt sowieso nur sehr marginal ist», erklärte Chef-Epidemiologe Anders Tegnell. Das gesellschaftliche und ökonomische Leben ging normal weiter. Der grosse Ansturm auf die Krankenhäuser ist bisher ausgeblieben. [2] ***(tk)***

Quellen:
1. japantimes.co.jp, Japan was expecting a coronavirus explosion. Where is it?, 20.03.2020
2. zeit.de, Coronavirus: Die Welt steht still. Nur Schweden nicht, 24.03.2020

Schweden: Keine besonders hohen Corona-Fallzahlen



Quelle: nzz.ch, Wo die Zahl der täglichen Todesfälle besonders stark ansteigt – und alles Weitere zum Coronavirus in 24 Grafiken, 24.04.2020

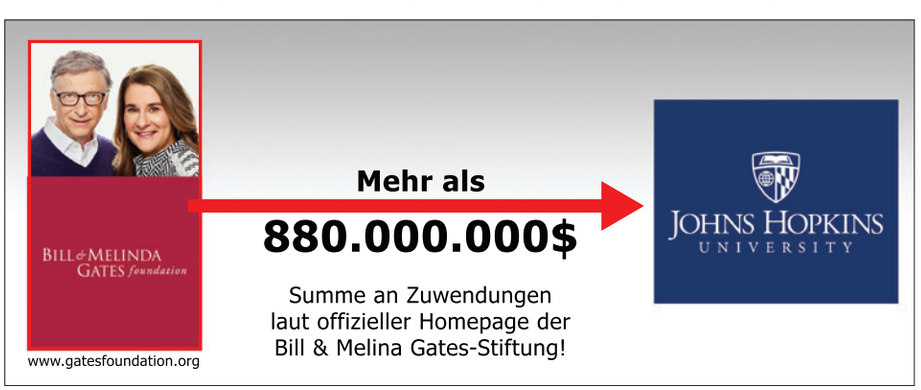
Obwohl die Aussagekraft der verlautbarten Corona-Zahlen aufgrund des unzuverlässigen Tests (siehe S.52 ff.) sowieso nahe null liegt, ist festzustellen: Selbst wenn sie etwas über die Verbreitung einer gefährlichen Krankheit aussagen würden, wäre aus ihnen keine Wirksamkeit der Massnahmen zu erkennen. Ein Land wie Schweden, das keine rigorosen Lockdown-Massnahmen einleitete, zeigt im europäischen Vergleich keine besonders hohe Pro-Kopf-Rate an Infizierungen. Länder, die Massnahmen durchsetzten, wie Spanien, Belgien oder Italien, liegen klar vor Schweden. Die Tatsache, dass Schweden durch seinen laxen Umgang mit dieser «Pandemie» inzwischen eigentlich geradezu katastrophal dastehen müsste, dies aber nicht tut, lässt eigentlich nur den Schluss zu, dass die Gefahr überschätzt wird und die Lockdowns unnötig waren.

Der Körper kann selbst Viren produzieren

Selbst wenn wir davon ausgehen, dass die bereits angesprochenen Labortests in der Lage wären, die Anwesenheit spezifischer Corona-Viren nachzuweisen, so ist dies noch kein Beweis, dass diese Viren auch die von aussen übertragene Ursache der Krankheit sind. Der Schulmedizin ist zudem seit Jahren die Existenz sogenannter «endogener Retroviren» bekannt. Das sind Viren, die nicht von aussen in den Organismus eindringen, sondern von Bakterien oder Körperzellen von sich aus produziert und ausgestossen werden. Seriöse wissenschaftliche Publikationen, die einen endogenen Ursprung des angeblichen Corona-Virus ausschliessen können, gibt es nicht. Die Frage, inwieweit sich endogene Viren von den bereits angesprochenen Mikrovesikeln (siehe S.50 f.) unterscheiden, wäre ebenfalls zu stellen. ***(tk)***

Quelle: de.wikipedia.org, Endogenes Retrovirus

Corona-Datenlieferant Nummer 1 mit hunderten Millionen Dollar von Bill Gates finanziert!



Als meistzitierter Datenlieferant zu Corona wurde die Johns Hopkins Universität in den letzten Monaten berühmt. Ihre extrem hohen Fall- und Todesziffern geraten allerdings zunehmend in die Kritik (siehe S.28). Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass ein Profiteur der «Corona-Krise», nämlich Bill Gates (siehe S.5 ff.), mit seiner Stiftung jedes Jahr Millionensummen in Projekte der Universität steckt. Allein auf der Webseite der Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung lassen sich seit 2009 (und etwas davor) Spenden in einer Höhe von fast einer Milliarde Dollar (887 Millionen) an die Johns Hopkins Universität nachvollziehen. Dass die überhöhten Zahlen der Universität Gates´ Agenda in die Karten spielten, kann man sich denken. Ob sie auch etwas mit Gates´ grosszügigen Spenden zu tun haben, ist noch zu überprüfen. Naheliegend wäre es allemal.

SARS: Corona-Virus erster Akt

Vergangenheit

Am 19. Februar 2003 meldete CNN, dass eine «mysteriöse Krankheit» in der südchinesischen Provinz Guangdong fünf Menschen getötet habe und seit November mindestens 305 Menschen erkrankt seien. Laut Meldungen der Hongkonger Presse habe es sich um Vogelgrippe gehandelt. [1] Am 5. März 2003 rief der in Hanoi, Vietnam, stationierte italienische WHO-Arzt Dr. Carlo Urbani seinen Vorgesetzten Dr. Shigeru Omi, den Westpazifik-Beauftragten der WHO, in Manila an und bat telefonisch um technische Unterstützung. In seinem Krankenhaus in Hanoi seien viele Patienten und Personal an einer von ihm vermuteten Infektionskrankheit erkrankt. Er nahm an, die Betroffenen könnten sich bei einem aus Hongkong eingeflogenen Patienten angesteckt haben. Omi registrierte dies, doch drängte Urbani, am 09.03. an einer Tagung in Bangkok (Thailand) teilzunehmen. Eigentlich aufgrund der Ansteckungsgefahr ein Akt völliger Verantwortungslosigkeit – zumindest wenn man an das offizielle SARS-Theoriegebäude glaubt. Trotz aller Bedenken sass Urbani am 11. März im Flugzeug nach Bangkok. Und siehe da: Noch während des Fluges erkrankte auch er:

«Am 11. März zeigten sich bei ihm die ersten Symptome während des Fluges nach Bangkok. Bei seiner Ankunft bat er einen Kollegen vom CDC, der ihn am Flughafen begrüsste, sich ihm nicht zu nähern. Sie setzten sich mit einem Abstand voneinander und warteten schweigend auf eine Ambulanz mit der notwendigen Schutzausrüstung.» [2]

Urbani wurde vom Flughafen aus direkt in die Isolierstation eines Hospitals in Bangkok eingeliefert. Ob seine Symptome eine Folge der von ihm vermuteten Infektionskrankheit waren, war jedoch nicht klar.

Hongkong: Ursprungsort?

Jetzt setzte die SARS-Kampagne ein: Kaum hatte Urbani Hanoi verlassen, gab Dr. Shigeru Omi am 12. März im Namen der WHO einen Bericht heraus und warnte vor einem «Schweren akutem Atemwegssyndrom» «unbekannter Ursache», kurz: SARS. Vorher hatte man noch von einer Vogelgrippe gesprochen. Die WHO schrieb auf ihrer Webseite: «Bisher konnte keine Verbindung zwischen diesen Ausbrüchen von akuten Atemwegserkrankungen in Hanoi und Hongkong und den Ausbrüchen von Vogelgrippe (H5N1) hergestellt werden, die am 19. Februar aus Hongkong berichtet wurden. Die Untersuchungen dauern an, und Laboruntersuchungen der Proben aus Vietnam und Hongkong werden durch mit der WHO kooperierenden Zentren in Japan und USA vorgenommen.»

Bild aus Hongkong während der ersten «SARS-Epidemie» 2003.

Genau wie der «SARS-Entdecker» Carlo Urbani verstarb auch der mutmassliche Entdecker von COVID-19, der chinesische Augenarzt Li Wenliang, an der von ihm gefundenen Krankheit. Warum gerade ein Wuhaner Augenarzt auf die Idee kommt, bei einer Krankheit, die mit keinerlei neuen oder anderweitig besonderen Symptomen daherkommt, einen neuen Virus zu vermuten und sich auf die Suche nach diesem zu machen, bleibt ein Rätsel. Das Ableben des Mannes sorgte auf der ganzen Welt für Schlagzeilen. Das junge Gesicht des 34-jährigen Arztes wurde genutzt, um zu vermitteln, die neu gefundene Krankheit sei sehr gefährlich.

Hongkong wurde ohne Beweise zum Ursprungsort von SARS gemacht, weil Urbani sich bei einem Patienten aus Hongkong angesteckt habe: Aus Hongkong einreisende Personen, die Grippesymptome aufwiesen, waren fast auf der ganzen Welt ab sofort mögliche SARS-Fälle. In Europa wurden erste Verdachtsfälle mit SARS in Verbindung gebracht, ausserdem erste «Todesfälle» in Kanada. Auch in Deutschland traten die ersten Verdachtsfälle auf. Allein Symptome und ein kürzlicher Besuch Hongkongs reichten für den SARS-Verdacht aus. Am 15. März 2003 gab die WHO eine weltweite Reise-Warnung aus.

SARS-Verdächtige wurden in der Regel sofort, selbst wenn sie keine Symptome zeigten, unter strenge Quarantäne gestellt und mit starken antiviralen Medikamenten behandelt. Mitunter auch mit Antibiotika. Ob erst diese Behandlung die Beschwerden verursachte oder verschlimmerte, wurde nicht untersucht. So starb der italienische Arzt Carlo Urbani, der als Entdecker der Krankheit gilt, in Bangkok möglicherweise an einer Überbehandlung (siehe S.69).

Nichts als eine Vermutung

Mitte März 2003 war das globale Wettrennen der epidemiologischen Institute um die «Entdeckung» des geheimnisvollen SARS-Virus jedenfalls in vollem Gange. Dem erfolgreichen Institut winkten nicht nur weltweiter Ruhm, sondern auch grosszügige Zuschüsse zur Finanzierung weiterer Forschungen, Studien und Publikationen. Das Virus blieb einstweilen nichts weiter als eine Vermutung.

Erst drei Wochen später hiess es: «Alle elf Laboratorien, die an SARS arbeiten, stimmen darin überein, dass ein Corona-Virus die primäre Ursache ist», so der WHO-Sprecher Peter Cordingley im Wissenschaftsmagazin New Scientist vom 7. April. Einen Tag später veröffentlichten Wissenschaftler aus Hongkong in der renommierten Fachzeitschrift Lancet einen Beitrag über das

Der mittlerweile als Held gefeierte Entdecker von SARS-CoV-1, der italienische Arzt Carlo Urbani, starb möglicherweise an den Folgen einer Überbehandlung.

Corona-Virus als mögliche Ursache von SARS. In zwei von 50 Patienten seien mittels genetischer Testverfahren (PCR, siehe S.52 ff.) Corona-Viren nachgewiesen worden, bei 35 weiteren Patienten spezifische Antikörper. In einer Probe habe man das Bakterium «Escherichia Coli» gefunden und bei zwei anderen Patienten die Bakterien «Klebsiella pneumoniae» und «Haemophilus influenzae». [3] Diese Spuren wurden nicht weiterverfolgt, obwohl sie letztlich als Ursprung einer Krankheit nicht viel unwahrscheinlicher waren als die Coronaviren – von anderen Ursachen wie Luftverschmutzung usw., die niemals zur Diskussion standen, ganz zu schweigen. Die Entscheidung war gefallen: Das weltweite Labornetz der WHO würde sich jetzt nur noch mit dem Corona-Virus als mögliche Ursache von SARS beschäftigen.

Drosten lässt grüssen

Zwei Tage später veröffentlichten Wissenschaftler des Hamburger Bernhard-Nocht-Instituts im «New England Journal of Medicine» (NEJM) eine Untersuchung, wonach in SARS-Patienten mittels der PCR-Methode Coronaviren nachgewiesen worden waren. Die gefundenen genetischen Sequenzen ähnelten, so das BNI, den bekannten Corona-Viren jedoch nur zu etwa 50 bis 60%. Mit dabei: Christian Drosten, heute der vielleicht wichtigste Regierungsberater in Sachen COVID-19.

Schlussfolgerung der Publikation: Das neue Corona-Virus, auf dessen Existenz man aufgrund der gefundenen Gensequenzen schloss, «könnte» eine Rolle bei der Verursachung von SARS spielen. [4] Am gleichen Tag erschien im NEJM eine weitere wichtige Publikation der US-Seuchenbehörde CDC, die eine Identifizierung des Corona-Virus als Krankheitsursache für sich in Anspruch nahm. [5]

Jetzt grätschte ein Kritiker dazwischen: Frank Plummer, führender SARS-Forscher Kanadas und Direktor eines der WHO-Laboratorien. Am 27. April berichtete U.S. News & World Report, dass laut Plummer in nur 40% der kanadischen SARS-Patienten das Coronavirus zu finden gewesen sei. Bei einer früheren Krankheitswelle seien es ebenfalls nur fünf von neun Fällen gewesen. Gleichzeitig hätten 20% der völlig gesunden Kanadier, die kürzlich in Asien waren, das Virus in sich gehabt. Plummer zeigte sich sehr irritiert von den Ergebnissen und kündigte weitere Untersuchungen an. Weiter hiess es: «Vertreter des CDC halten Plummers Daten für wenig überzeugend gegenüber den unveröffentlichten Studien aus den Niederlanden, wonach die Injektion des Virus in Affen zu SARS-ähnlichen Symptomen führte.» [6]

Das Rotterdamer Affen-Experiment

Um welche Studie ging es? Die Erfüllung der Koch-Postulate wurde erstmals von den Forschern der Universität Rotterdam Ende April in Anspruch genommen. Der Schuldspruch gegen das vermutete Virus war zu diesem Zeitpunkt jedoch schon längst gefällt, ohne dass auch nur der geringste wissenschaftliche Beweis vorlag, dass die Atemwegssymptome der angeblichen SARS-Patienten etwas mit einem unbekannten neuen Corona-Virus zu tun hatten. Am 22. Juli publizierte das renommierte Fachmagazin Lancet einen Artikel mit dem «endgültigen Beweis», dass ein bislang unbekanntes spezifisches Corona-Virus der Verursacher der neuen Krankheit SARS sei. [7] Eine Forschergruppe an der Rotterdamer Erasmus-Universität kam darin zu dem Ergebnis, dass die Koch-Postulate durch ihre Experimente mit Affen erfüllt worden seien und damit die Rolle eines spezifischen Virus als Krankheitsverursacher bewiesen sei.

Die Wissenschaftler nahmen eine in einem komplexen Verfahren weitergezüchtete Zellkultur, die ursprünglich von einem angeblich an «SARS» verstorbenen Patienten stammte, und verabreichten sie vier Makakenaffen in den Rachen, die Nase und unter die Augenlider. Die Tiere wurden täglich auf klinische Symptome hin untersucht. Kurz vor der Infektion und jeweils am zweiten, vierten und sechsten nachfolgenden Tag wurden den Affen 10 ml Blut aus den Leistenvenen sowie Abstriche von Nase, Mund, Rachen und After entnommen. Die Tiere zeigten unterschiedliche Symptome wie Lethargie, Hautausschlag und Atemnot, allerdings nicht einheitlich. Das Lungen- und Lymphgewebe mancher Affen zeigte Anomalien.

Ausgabe Nr. 9

Unterschiedliche Themen, aber gleiche Massnahmen!

Einschnitte in die Freiheit wie Flug- und Reiseverbote, die Gängelung der Wirtschaft, das Unterbinden von kritischen Stimmen und die Bevormundung der Bürger zeichneten sich schon vor «Ausbruch» der «Corona-Pandemie» am Horizont ab oder waren teilweise auch schon in vollem Gange. Forderungen nach Massnahmen, wie man sie heute bei Corona sieht, waren eigentlich lange vor allem im Namen des Klimaschutzes bekannt. In einigen Punkten scheint es fast so, als habe das «Corona-Virus» innerhalb kürzester Zeit das «erreicht», was zuvor vergleichsweise zäh von «Klimarettern» vorangetrieben wurde. Zufall? Wohl kaum: Erfahren Sie in den Ausgaben Nr. 9 und 27 mehr über die globalen Ziele, die unter dem Deckmantel des Klimaschutzes verfolgt werden. Die Gemeinsamkeiten zur momentanen «Corona-Krise» sind nicht zu übersehen. Auch in der wissenschaftlichen Fragwürdigkeit steht die «menschgemachte Klimaerwärmung» dem «Corona-Virus» übrigens in nichts nach.

Ausgabe Nr. 27

Grober wissenschaftlicher Unfug

Wie schon erwähnt (siehe S.47 ff.), ist die Zuordnung der aufgetretenen Symptome nur möglich, wenn das Virus in Reinkultur vorliegt und seine Zusammensetzung eindeutig bestimmt wurde. Dazu lag jedoch keine wissenschaftliche Publikation vor – auch die Rotterdamer Forscher nahmen dies nicht für sich in Anspruch. Die Affen wurden während der Entnahmeprozedur insgesamt vier Mal mit Ketamin betäubt. Mögliche Nebenwirkungen dieses Medikaments beim Menschen: Lethargie, Hautausschlag und Atemnot, also das, was die Affen auch zeigten. Diese beim Menschen bekannten Nebenwirkungen können sich beim Affen zudem schwächer, stärker oder verändert äussern. Die möglichen Nebenwirkungen von Ketamin wurden in dem Artikel jedoch merkwürdigerweise nicht thematisiert! Im Grunde genommen haben wir es hier mit grober Stümperei zu tun – auf «hochwissenschaftlicher Ebene», versteht sich.

Aufgrund von nur vier Versuchstieren, die noch nicht einmal durchgehend die gleichen Symptome zeigten, von typischen SARS- oder Grippesymptomen wie Fieber und Husten ganz zu schweigen, kamen die Forscher zu der Schlussfolgerung, Corona-Viren seien die Verursacher einer schweren Krankheit. Ein ehrlicher Wissenschaftler würde bei einem solchen Experiment versuchen, alle Einflussfaktoren zu erfassen, die das Ergebnis verfälschen könnten. Dies geschieht üblicherweise durch eine Kontrollgruppe, die man den exakt (möglicherweise traumatischen) gleichen Haltebedingungen und Behandlungen aussetzt, inklusive der Betäubung mit Ketamin. Warum war dies unterblieben? Die im Lancet veröffentlichten Experimente der Rotterdamer Universität waren nicht geeignet, eine virale Ursache von SARS-Symptomen zu beweisen. Der Versuchsaufbau war nicht nur wissenschaftlich fragwürdig, sondern grober Unfug!

Weitere Ungereimtheiten

- Die Hälfte der in Peking gemeldeten Neuerkrankungen hatte zuvor keinerlei Kontakt mit SARS-Verdachtsfällen. [8]
- Am 3. Juni fiel der Märkischen Oderzeitung auf, dass die WHO immer nur von «wahrscheinlichen» SARS-Fällen sprach, niemals aber von bewiesenen Fällen. Es gebe keine WHO-Definition für echte SARS-Fälle, sondern «Verdachtsfälle» und «wahrscheinliche Fälle». Die Kategorie «wahrscheinlich» sei die höchste von der WHO vergebene für SARS-Patienten. [9]

Das Rotterdamer Affenexperiment 2003

Vier Makakenaffen..

..kriegen (nicht-isolierten) vermeintlichen SARS-Erreger in Rachen, Nase und Augen.

..werden gleichzeitig mit Ketamin betäubt.

..werden wenige Tage beobachtet.

..zeigen Symptome, die typisch sind für eine Ketamin-Betäubung.

Keine Kontrollgruppe

Ergebnis: Das SARS-Corona-Virus ist der Verursacher einer schlimmen Krankheit.

Fotos: Envato

Wissenschaftlich vollkommen wertlos, dennoch im Fachmagazin Lancet veröffentlicht!

- Die verwendeten Virentests waren in ihrer Aussagekraft mehr als fragwürdig: Wie die Weltgesundheitsbehörde WHO in einer Pressemeldung am 22. Oktober 2003 mitteilte, gab es für den Nachweis des angeblichen SARS-Virus immer noch keinen «Goldstandard». [10] Da war die «Epidemie» schon längst vorbei.

Im Sommer 2003 ging die Zahl der «Neuinfizierten» weltweit beständig zurück, das behauptete man zumindest. Offiziell endete die «SARS-Epidemie» mit 8096 Erkrankten und 774 Verstorbenen. Verschwindend geringe Zahlen. Bei aller Tragik für die Betroffenen und ihre Familien war das Gefahrenpotential, das SARS darstellte, geradezu lächerlich. Ohne die weltweite Durchführung von Tests wäre SARS niemandem aufgefallen.

SARS versetzte die Welt 2003 in Schockstarre. Alles blickte gespannt nach China. Am Ende waren die Zahlen verschwindend gering. Ohne Medienkampagne wäre SARS niemandem aufgefallen.

Ob viele der offiziellen SARS-Toten eigentlich an den Medikamenten starben, die man ihnen verabreichte, wurde nie untersucht. Die Süddeutsche Zeitung beschrieb die Behandlung des berühmten Falles Carlo Urbani (siehe S.66) so:

«Sie hatten alles ausprobiert, Antibiotika, neue Medikamente gegen Influenza, ein Virostatikum, mit dem Hongkonger Ärzte angeblich Erfolge erzielt hatten. Geholfen hat nichts. Carlo Urbani war in einem fremden Land, umgeben von sechs vermummten Gestalten mit Masken, Brillen, Anzügen, Schuhüberziehern, doppelten Handschuhen. Menschen, die ihn nicht berühren durften. Um 11:45 Uhr gaben die Ärzte nach dem vierten Herzinfarkt mit den Wiederbelebungsversuchen auf.» [11]

Wie viele der 774 «SARS-Opfer» in Wahrheit auf Kosten der Nebenwirkungen dieser Behandlung gingen, werden wir nie erfahren.

Armuts- und Umweltfaktoren als Ursachen?

Als Ausgangspunkt der «SARS-Epidemie» gelten Fälle von schweren Pneumonien in der chinesischen Provinz Guangdong bei Hongkong. Eine verantwortungsbewusste Anamnese (siehe S.32 ff.) hätte natürlich die Lebensverhältnisse der Erkrankten miteinbeziehen müssen. Deshalb wären nähere Informationen über die Zustände in Guangdong von Relevanz gewesen. Nur wer sich dem virologischen Tunnelblick (siehe S.45 f.) verschrieben hat, dem wird dabei entgehen, dass die katastrophalen Lebens- und Umweltbedingungen in Guangdong wohl noch heute einen chronischen Erkrankungsrisikofaktor darstellen. Die Provinz Guangdong ist eine Sonderwirtschaftszone und erlebt einen High-Tech-Boom ohnegleichen. Die Schattenseiten dieser rasanten Entwicklung sind jedoch extreme Umweltverschmutzung, niedrige Sicherheitsstandards am Arbeitsplatz und die Entstehung von Slums mit menschenunwürdigen Lebensbedingungen. In Guangdong landet der Computerschrott des reichen Westens und wird dort ohne Schutzmassnahmen und von Hand in seine zum Teil hochgiftigen Bestandteile zerlegt. Hier reichen die Lebensbedingungen völlig aus, um das vermehrte Auftreten von Atemwegserkrankungen zu erklären. Doch diese Lebensbedingungen wurden weder von Virologen noch Politikern oder Behörden als ein zu beachtender Faktor diskutiert – auch 2020 in Wuhan nicht. ***(tk/ht)***

Trotz aller medizinischer Errungenschaften werden wir immer häufiger von neuen «Pandemien» heimgesucht – behauptet man zumindest. Gesundheitsämter, Mikrobiologen und nicht zuletzt die Medien versetzen die Bevölkerung regelmässig mit der Entdeckung neuer «Killer-Keime» in Angst und Schrecken. Doch aufmerksamen Zeitgenossen sind spätestens im Zuge der sogenannten «Schweinegrippe» zahlreiche Widersprüche der Experten und Behörden aufgefallen. Hans U.P. Tolzin, Medizinjournalist und Herausgeber der kritischen Zeitschrift «impf-report», geht diesen in seinem akribisch recherchierten Buch «Die Seuchen-Erfinder» auf den Grund.

Quellen:

1. TIMES, Special Report «The Truth about SARS», Mai 2003
2. NEJM, 15. Mai 2003
3. Peiris et. al., The Lancet, 8. April 2003
4. Drosten et. al.; NEJM, 10. April 2003
5. Ksiazek et. al., nejm.org, 10. April 2003
6. U.S. News & World Report vom 27. April 2003
7. thelancet.com, Newly discovered coronavirus as the primary cause of severe acute respiratory syndrome
8. Epidemiologisches Bulletin des RKI Nr. 20/2003 vom 16. Mai 2003
9. Märkische Oderzeitung online, 3.6.2003
10. Deutsches Ärzteblatt, 23. Okt. 2003
11. Süddeutsche Zeitung, 8. April 2003

Ribavirin & Co. – Tödliche Medikation?

Nach der vermeintlichen «SARS-Epidemie» 2003 wurde heftige Kritik an der Medikamentengabe geübt. SARS wurde meist mit Antibiotika, Steroiden und dem antiviralen Ribavirin behandelt. Zu letzterem schrieb ein Forscher aus Hongkong 2004:

«Ribavirin wurde ausgewählt als ein empirischer antiviraler Wirkstoff für eine SARS-Therapie in der beklemmenden Situation eines grossen Ausbruchs einer lebensbedrohlichen Infektion, und das, bevor der eigentliche Erreger überhaupt identifiziert war. Ribavirin war der antivirale Wirkstoff mit dem breitesten Anwendungsspektrum, der kommerziell erhältlich war, als man dachte, die Ursache für SARS sei ein neues Virus.» (1)

Antivirale Medikamente wie Ribavirin unterbrechen die Herstellung von neuen DNA- oder RNA-Molekülen. Sie schädigen neben den vermeintlichen Viren auch gesunde Zellen und können zu einer Blutarmut (Anämie) führen. Viele Ärzte stellten nach dem Abklingen der SARS-Massenhysterie fest, dass die antiviralen Mittel den Patienten schaden konnten. So meinten 21 kanadische Ärzte:

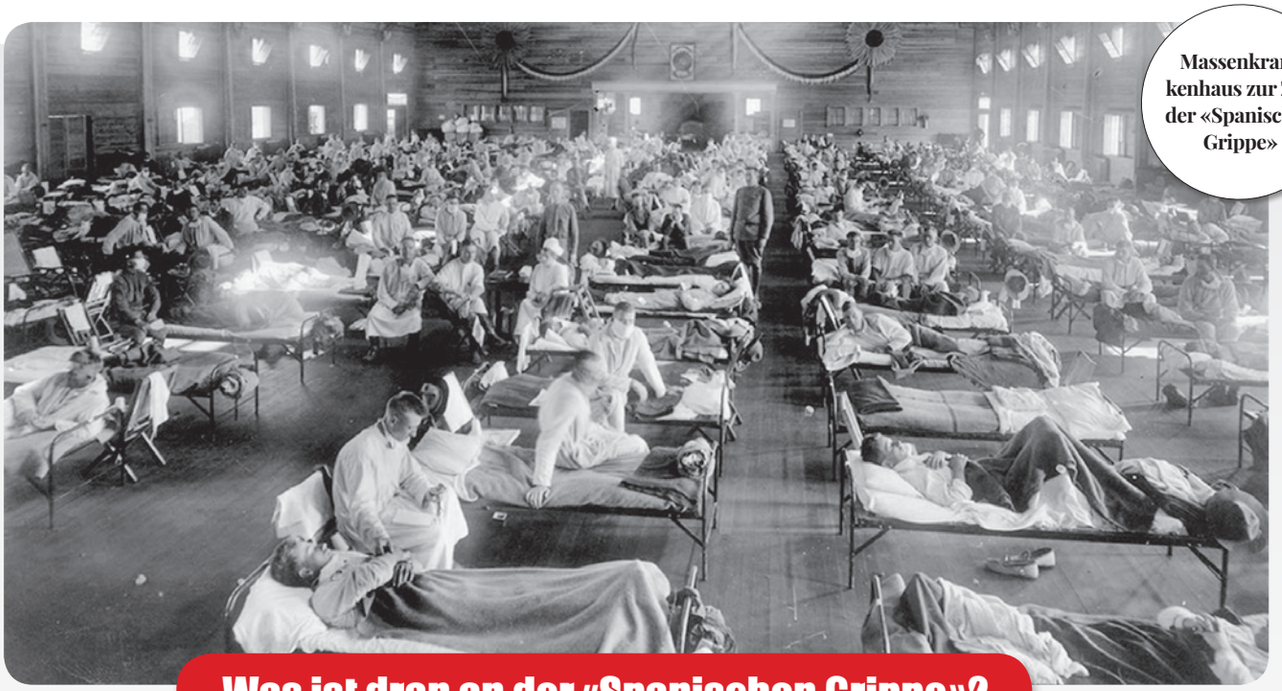
«Die Verwendung von Ribavirin war temporär mit einer signifikanten Toxizität verbunden.» (2)

Sieben Ärzte aus Taiwan kamen zu dem Schluss, dass die durch Ribavirin ausgelöste Blutarmut zu «einer signifikant höheren Sterblichkeitsrate führte». (3)

Auch im Fall von COVID-19 werden solch antivirale Mittel eingesetzt, darunter toxische AIDS-Medikamente wie Lopinavir und Ritonavir. Darüber hinaus ist zu beobachten, dass es seit jeher eine starke Korrelation zwischen der Intensität der allgemeinen Hysterie und der Menge und Stärke eingesetzter Medikamente gibt. ***(tk)***

Quellen:

viaveto.de, Corona - Eine epidemische Massenhysterie, 22.03.2020
1. ncbi.nlm.nih.gov, Severe acute respiratory syndrome among children, 2004
2. jamanetwork.com, Clinical Features and Short-term Outcomes of 144 Patients With SARS in the Greater Toronto Area, 2003
3. ncbi.nlm.nih.gov, Adverse effects of ribavirin and outcome in severe acute respiratory syndrome: experience in two medical centers, 2005



Massenkrankenhaus zur Zeit der «Spanischen Grippe»

Was ist dran an der «Spanischen Grippe»?

Mit «Spanische Grippe» wird eine weltweite Epidemie bezeichnet, die im Jahr 1918 – je nach Quelle – zwischen 20 und 100 Millionen Todesopfer gekostet haben soll. Die ersten Berichte über eine schwere Grippe-Epidemie, die mit der «Spanischen Grippe» in Verbindung gebracht wurden, stammen aus Spanien. Daraus leitet sich der Name ab. Als Ursache der Seuche wird heute eine verhängnisvolle Mutation des Grippe-Virus Influenza A/H1N1 angesehen. Heute, zu Corona-Zeiten, erlangt die «Spanische Grippe» neue Bedeutung, da sie als typisches Beispiel und Mahnmal dafür angeführt wird, dass erneute tödliche Mutationen von Viren jederzeit möglich sein können – mit der Folge einer erneuten Pandemie und weltweit Millionen von Todesopfern. Wollen wir uns eine Meinung darüber bilden, wie zutreffend diese Befürchtungen sind, müssen wir uns also näher mit der «Spanischen Grippe» befassen. Denn: Ohne «Spanische Grippe» gibt es einen Grund weniger, eine Corona-Pandemie mit Millionen Toten zu befürchten.

Die offizielle Sichtweise zur «Spanischen Grippe» gibt eine ganze Reihe von Rätseln auf. Zuerst einmal war die Ähnlichkeit zu bereits bekannten Krankheiten auffällig: So war das hämorrhagische (mit Blutungen einhergehende) Fieber typisch für den schweren Verlauf der Krankheit. Dergleichen tritt aber auch bei anderen sogenannten Infektionskrankheiten auf, wie z.B. bei Ebola, Marburg-Fieber, Dengue-Fieber, Gelbfieber. Des Weiteren ist es auch als schwere Nebenwirkung der Pockenimpfung bekannt, wenn in eine bestehende Infektion «hineingeimpft» wurde. Prof. Dr. A. Herrlich diskutiert in seinem als Standardwerk zählenden Buch «Die Pocken» die Vermutung früherer Autoren, diese besondere Verlaufsform komme nur unter Geimpften vor. [1]

Gescheiterte Ansteckungsexperimente

Um die rätselhafte Krankheit besser einschätzen zu können, unternahm man im November 1918 in Boston einen Ansteckungsversuch mit Freiwilligen. Es handelte sich um 62 gesunde Matrosen, die wegen Dienstvergehen im Gefängnis sassen. Ihnen war Begnadigung versprochen worden, falls sie sich für ein Experiment zur Verfügung stellten. 39 von ihnen hatten bisher keine Grippe gehabt und waren deshalb, wie man vermutete, besonders empfänglich. Die bekannte amerikanische Medizinjournalistin Gina Kolata lässt in ihrem Buch «Influenza - Jagd nach dem Virus» Medizinhistoriker zu Wort kommen, die bei ihren Recherchen auf interessante Berichte gestossen sind:

«Die Marineärzte sammelten das zähflüssige Sekret aus den Nasen und Rachen todkranker Männer und sprühten es einigen Testpersonen in deren Nasen und Rachen, anderen in die Augen. Bei einem Experiment schabten sie den Schleim von der Nasenscheidewand eines Patienten und rieben ihn dann direkt an die Nasenscheidewand einer Testperson. [...] In dem Versuch, die Vorgänge zu simulieren, die normalerweise ablaufen, wenn Menschen sich mit Grippe anstecken, nahmen die Ärzte zehn der Testpersonen mit ins Lazarett, um sie grippekranken Soldaten auszusetzen. Die Kranken lagen eingerollt und mit fieberheissen Gesichtern auf ihren schmalen Betten und glitten abwechselnd vom Schlaf ins Delirium. Die zehn gesunden Männer erhielten die Anweisung, sich jeweils einem Patienten zu nähern, sich über ihn zu beugen, seinen übelriechenden Atem einzuatmen und fünf Minuten lang mit ihm zu plaudern. Um sicherzugehen, dass der Gesunde der Krankheit auch vollständig ausgesetzt war, musste der Kranke kräftig ausatmen, wobei der Gesunde den Atem des Kranken inhalierte. Schliesslich musste der Grippekranke dem Freiwilligen noch fünf Minuten lang ins Gesicht husten. Jede gesunde Testperson vollzog diese Prozedur bei 10 verschiedenen Grippepatienten, deren Krankheitsbeginn nicht länger zurückliegen durfte als 3 Tage. So wollte man gewährleisten, dass das Virus, oder was immer die Grippe verursacht hatte, sich noch im Sekret aus Nase oder Lunge befand. Aber kein einziger gesunder Mann wurde krank.» [2]

Ein ähnliches Experiment unter noch strengeren Bedingungen fand in San Francisco statt, diesmal mit 50 in Gefängnissen einsitzenden Matrosen. Das Ergebnis war für die Ärzte ebenfalls überraschend:

«Zu aller Überraschung wurde keine einzige Testperson krank. Die Wissenschaftler waren verblüfft. Wenn diese gesunden Freiwilligen sich nicht ansteckten, obwohl die Ärzte alles daransetzten, sie krank zu machen, was war dann der

Auslöser der Krankheit? Wie infizierten die Menschen sich dann mit der Grippe?» [3]

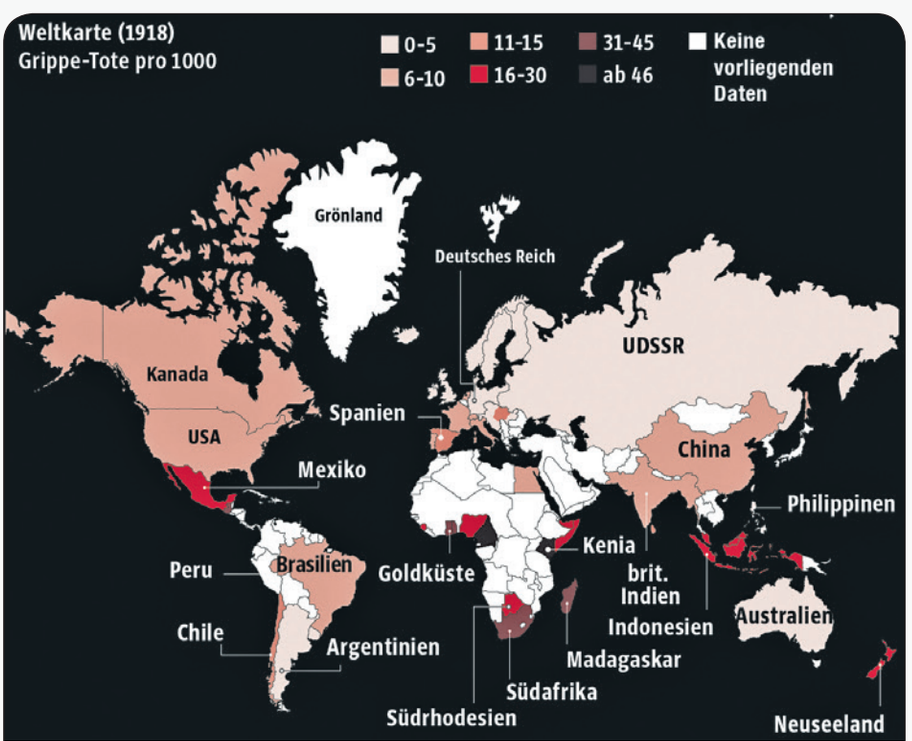
Erst nachdem man quasi den Impfvorgang nachahmte, indem den Testpersonen speziell bearbeitete Blutproben von «Influenza-Opfern» unter die Haut gespritzt wurden – nicht gerade ein typischer Übertragungsweg für Grippe-Viren – war man z.B. in Japan «erfolgreich»: «Hundert Prozent derer, die für die Grippe empfänglich und gefiltertem Material ausgesetzt waren, sogar gefiltertem Blut, das man ihnen unter die Haut gespritzt hatte, wurden krank.» [4]

Geografischer Ursprung unklar

Aus virologischer Sicht sollte eine ansteckende Krankheit an einem spezifischen Ort irgendwo auf unserem Planeten beginnen und sich von dort aus je nach Umweltbedingungen in verschiedene Richtungen verbreiten. Eine derartige Entwicklung war jedoch im Falle der «Spanischen Grippe» nicht auszumachen. Zunächst einmal muss man für das Jahr 1918, sofern man die Pandemie auf dieses Jahr beschränken will, zwei Krankheitswellen unterscheiden: eine leichtere im Frühjahr und eine schwere mit tödlichem Verlauf im Spätsommer/Herbst. Die zweite, wesentlich schwerer verlaufende tödliche Welle begann nahezu gleichzeitig im Hafen von Boston, USA [5], auf dem indischen Subkontinent, in Südostasien, in der Karibik und in Zentral- und Mittelamerika. [6] Selbst wenn wir die schnellsten Schiffe der damaligen Zeit, Eisenbahn und Zugvögel einbeziehen, ergibt sich daraus kein sinnvoller epidemiologischer Zusammenhang, es sei denn, das Virus sei gleichzeitig weltweit tödlich mutiert. Dies ist jedoch so gut wie unmöglich. Falls es sich bei der «Spanischen Grippe» wirklich um eine Epidemie gehandelt hat, die durch eine Virusmutation ausgelöst wurde, dann müsste theoretisch von jedem Ort ihres Erscheinens aus der Weg zu einem gemeinsamen Ursprung zurückverfolgt werden können. Dazu fehlen jedoch die notwendigen Daten. Alles, was Forscher heute haben, sind einzelne Anekdoten aus der ganzen Welt. Nicht ausreichend, um Klarheit über Ursprungsort und Verbreitung des «Virus» zu schaffen. [7]

Weitere Auffälligkeiten

- Während die «erste Welle» der angeblichen Influenza-Pandemie noch der «normalen» Gesetzmässigkeit folgte, dass die Schwachen und die Alten am schwersten erkranken, traf dies für die «zweite Welle» nicht mehr zu. Jetzt waren es die jungen kräftigen Männer der US-Armee und junge Erwachsene unter der Zivilbevölkerung, die das vermeintliche Virus bevorzugt tötete. [8]
- Der Medizin-Historiker Alfred W. Crosby stellte verwundert fest, dass das Thema «Spanische Grippe» in Artikeln und Memoiren einiger der wichtigsten Ärzte jener Zeit, die direkt mit den Auswirkungen der «Pandemie» konfrontiert gewesen waren, entweder gar nicht oder nur am Rand erwähnt wird. Das stellte auch die Wissenschaftsjournalistin Gina Kolata fest. In den meisten Mediziner-Memoiren suchte man vergebens nach einem Kapitel über die «Spanische Grippe»: «Medizinwissenschaftler staunen über das grosse Schweigen, gemessen an den drastischen Auswirkungen der Grippeepidemie. [...] Aber die Grippe war aus Zeitungen, Zeitschriften, Büchern und dem kollektiven Gedächtnis der Gesellschaft wie ausradiert.»
- Die moderne Wissenschaft ist der Ansicht, die Pandemie von 1918 sei durch ein Influenza-A-Virus verursacht worden. Die zeitgenössischen Ärzte hielten jedoch das damals bereits bekannte und im Lichtmikroskop beobachtete Bakterium Haemophilus Influenzae, auch Pfeiffer-Bakterium genannt, für den Übeltäter. Mikrobiologen machten sich daran, aus abgeschwächten bzw. abgetöteten Pfeiffer-Bakterien Impfstoffe herzustellen und massenhaft zu «verimpfen». Laut zeitgenössischen Berichten sogar mit grossem Erfolg. Somit steht also Aussage gegen Aussage: Virus oder Bakterium – oder etwa keines von beiden? Was war denn nun die wahre Ursache der «Spanischen Grippe»?



Diese Karte zeigt, in welchen Ländern die «Spanische Grippe» 1918 aufgetreten sein soll. Die Art und Weise, wie sich die Krankheit fortsetzte, gibt bis heute Rätsel auf. Da die Welt im frühen 20. Jahrhundert noch weit weniger vernetzt war als heute, sollte sich der Verlauf der Ausbreitung eigentlich gut nachvollziehen lassen. Tatsache ist jedoch, dass der Weg dieses vermeintlich mutierten Grippe-Virus nicht nachzuvollziehen ist.

Massenimpfungen

1920 richtete Charles M. Higgins eine umfangreiche Petition an den Präsidenten der Vereinigten Staaten und führte darin zahlreiche Gründe auf, die für einen möglichen Zusammenhang der Spanischen Grippe mit Massenimpfungen unter den US-Soldaten sprachen. [9] Higgins führte in seinem Dokument eine ganze Reihe von offiziellen Quellen an, die auf eine Ähnlichkeit zwischen beobachteten Impfschäden und den Symptomen der Spanischen Grippe hindeuteten. [10] Bestimmte Impfungen innerhalb der US-Armee waren Pflicht. So berichtete die New York Times

➔

Mit EU und UN zur Weltregierung

Ist es nicht erstaunlich, dass sich fast alle grossen gesellschaftspolitischen Themen immer wieder auf dieselben Instanzen zurückführen lassen? An vorderster Front stehen die Vereinten Nationen, wo die Fäden globaler Krisen immer wieder zusammenlaufen - sei es die Massenmigration; die angeblich von Menschen erzeugte «Klimakatastrophe» oder aktuell die «Corona-Krise», dank der die zur UNO gehörende Weltgesundheitsorganisation (WHO) über den Alltag der Weltbevölkerung bestimmen darf. Die EU ist ein ähnliches Konstrukt und in ihrer politischen Rolle nicht von der UNO zu trennen. Was steckt dahinter? Wer hat diese Instanzen gegründet? Was ist deren Ziel? Erfahren Sie mehr in den Ausgaben Nr. 22, 23, und 24 der ExpressZeitung.

Ausgabe Nr. 22

Ausgabe Nr. 23

Ausgabe Nr. 24

➔ vom 2. Mai 1918, dass ein Soldat aus Camp Dodge wegen Impfverweigerung zu 15 Jahren Haft verurteilt worden war. In einem anderen Fall kam es zu einer Verurteilung, zu unehrenhafter Entlassung und 25 Jahren Arbeitslager durch das Militärgericht. [11] Einer offiziellen Liste aus dem Jahr 1911 zufolge waren zur damaligen Zeit mindestens 39 verschiedene Impfstoffe im Einsatz, in einer anderen Liste aus dem Jahr 1919 ist immerhin noch von 26 Impfstoffen die Rede. [12] «Es ist seltsam, dass in den Diskussionen über die Epidemie von 1918 niemals von Impfungen die Rede ist», stellt Hilary Butler in ihrem Buch «Just a little prick» von 2006 fest. [13]

Ingri Cassel, Mitarbeiterin des Idaho Observer, bezog sich im Juli 2003 [14] auf die Autorin Anne Riley Hale aus dem Jahr 1935: «Wie jedermann weiss, hat die Welt noch niemals solch eine Orgie von Impfungen aller Art gesehen wie die unter den Soldaten des Weltkriegs.» [15] Auch diese Autorin stellt im weiteren Verlauf des Artikels fest, dass gerade unter den «gepiekten Männern der Nation», eigentlich den robustesten und widerstandsfähigsten von allen und in der Regel mit gesunden Lungen ausgestattet, die höchste Todesrate an Tuberkulose aufgetreten sei. Es existieren noch viele weitere Quellen für die hohe Durchimpfungs- und Krankheitsrate in der US-Armee.

Es gab und gibt demnach eine ganze Reihe von Stimmen, die – zumindest in den USA – Massenimpfungen als die wahre Ursache der «Spanischen Grippe» bestätigen. Sie auf ihren Wahrheitsgehalt zu überprüfen, ist ohne Vorliegen der Originalpublikationen natürlich nicht einfach. Aber wir können versuchen, uns der Wahrheit durch eine indirekte Vorgehensweise zu nähern, indem wir weitere Informationen, möglichst aus unverdächtiger Quelle, sammeln und prüfen.

Der amerikanische «Impf-Bürgerkrieg» von 1918

Innerhalb der USA gab es 1918 heftige öffentliche Auseinandersetzungen zwischen den Verfechtern von Impfungen und ihren Gegnern. Zwar kamen keine echten Waffen zum Einsatz, dafür kam es jedoch zu «verbalen Schusswechseln». Massenimpfungen gegen Pocken, Typhus und andere Krankheiten seien schuld am Tod von Tausenden von Soldaten, so die Impfgegner. Die Impfungen seien ein Segen für die Menschheit, hielten die Impfbefürworter dagegen. Beide Seiten warfen sich gegenseitig vor, die Kampfkraft der Armee, die sich auf den Einsatz in Europa vorbereitete, zu schwächen und dadurch vor allem dem Kriegsgegner zu helfen. Wie die New York Times am 9. April 1918 meldete, hatte der Abgeordnete Charles F. Reavis aus Nebraska am Vortag im Repräsentantenhaus einen von der «Nationalen Föderation der Tierversuchsgegner» heraus gegebenen Rundbrief verlesen, in dem u.a. die Behauptung aufgestellt wurde, «tausende von amerikanischen Soldaten» seien durch Massenimpfungen, insbesondere gegen Typhus, ums Leben gekommen.

Unser Autor Gerhard Wisnewski stürmt jedes Jahr wieder mit seinem Jahresrückblick «Verheimlicht - vertuscht - vergessen» die Bestsellerlisten. Unbedingte Leseempfehlung!

Aufnahme aus dem Jahr 1914: Pflichtimpfung eines kanadischen Soldaten

Der Widerstand gegen Impfungen im Allgemeinen und die Pocken- und Typhusimpfung im Besondern war breit und bundesweit. Im März 1918 konnte der Stadtrat von Indianapolis, der Hauptstadt des Bundesstaates Indiana, einen Impferlass gegen Pocken nicht umsetzen. Zahlreiche Impfgegner hatten mit dem Gang vor Gericht gedroht. [16] Auch in Arizona stiessen Anordnungen zu Pocken-Zwangsimpfungen nicht nur unter der Bevölkerung auf heftige Gegenwehr, sondern auch bei den lokalen Behörden: Z.B. wies der Schulrat der Stadt Phoenix seine Mitarbeiter an, jeden Arzt, der Anstalten machte, das Schulgelände zu betreten, umgehend durch die Polizei entfernen zu lassen. [17] Im Juli kam es sogar zu einem Referendum gegen den Zwangsimpferlass des Gesundheitsministeriums dieses Bundesstaates. [18] In Chicago leistete ein grosser Teil der Geschäftsleute der Anweisung, alle Angestellten zu impfen, trotz der Drohung von Zwangschliessungen keine Folge. [19] Die Liste könnte noch weiter fortgesetzt werden.

In den USA des Jahres 1918 gab es also eine äusserst kontrovers geführte Impfdiskussion, der sich so gut wie kein Bürger entziehen konnte. Doch dieser «Impf-Bürgerkrieg» wird weder in der aktuellen Literatur über die «Spanische Grippe» noch in Abhandlungen zur Geschichte der Impfstoffe erwähnt.

Impfungen in Europa

Aber nicht nur in den USA kam es zu Massenimpfungen: 1914 wurde die Typhus-Impfung innerhalb der französischen Armee zur Pflicht [20], ein Jahr später auch bei der deutschen Armee. [21] Im Januar 1918 führte Frankreich einen neuen, auf einer öligen bzw. fettigen Lösung basierenden Typhus-Impfstoff des französischen Marinearztes Dr. Le Moignic ein, der die Komplikationsrate reduzieren sollte – ein Hinweis, dass Komplikationen bereits vorher sehr häufig gewesen sein könnten. [22]

Ein Zusammenhang zwischen der «Spanischen Grippe» von 1918 und der zeitgleichen explosionsartigen Ausweitung von Massenimpfungen in den USA und anderen Ländern ist nach Sichtung zahlreicher zeitgenössischer Quellen naheliegend.

Es gibt rund um die «Spanische Grippe» eine ganze Reihe von Ungereimtheiten, die von offiziellen Stellungnahmen der Gegenwart einfach ignoriert werden. Für einen viralen Zusammenhang der weltweit aufgetretenen Erkrankungswellen fehlen überzeugende Beweise. ***(tk/ht)***

Quellen:

1. Herrlich, «Die Pocken - Erreger, Epidemiologie und Klinisches Bild», Thieme, 1960, S. 162
2. Richard E. Shop, «The R.E. Dyer Lecture. Influenza: History, Epidemiology, and Speculation», Public Health Reports, 73, Nr. 2 (Februar 1958): S. 170,171, und Alfred W. Crosby «America's Forgotten Pandemic», Cambridge (Cambridge University Press) 1989, S. 267 f., 280 ff.; zitiert bei Kolata, Seite 73 ff.
3. Ebenda
4. T. Yamanouchi, K. Skakami, S. Iwashima, «The Infecting Agent in Influenza», Lancet, Nr. 196, 7. Juni 1919, S. 971; zitiert bei Kolata, Seite 79 f.
5. Gina Kolata, Flu: The Story of the Great Influenza Pandemic of 1918 and the Search for the Virus That Caused It, S.23
6. Ebenda, S.22
7. Ebenda, S.12
8. Olson DR. et. al., «Epidemiological evidence of an early wave of the 1918 influenza pandemic in New York City», USA, 2005
9. Chas. M. Higgins «Horrors of Vaccination exposed and illustrated», Brooklyn, New York, 1920
10. Ebenda, S.26
11. Ebenda, S.12 f.
12. whale.to, The Spanish Flu massacre (1918)
13. Hilary Butler «Just a little prick», 2006, S. 225
14. Juli 2003, Idaho Observer
15. angegebene Originalquelle: Anne Riley Hale, «Medical Voodoo», 1935, S.38
16. Christian Science Monitor, 2. April 1918, S. 7
17. Christian Science Monitor, Leserbrief am 24. April 1918, S.3
18. Christian Science Monitor, 23. Juli 1918, S. 9
19. Christian Science Monitor, 23. Mai 1918, S. 5
20. Washington Post, 27. Jan. 1918, S. 7
21. Stefan Winkle, Kulturgeschichte der Seuchen, S.418; R. Müller, «Medizinische Mikrobiologie», 1946, S.200
22. Washington Post, 27. Jan. 1918, S. 7

FAZIT

Die Geschichte ist voll mit wissenschaftlich höchst fragwürdigen Experimenten, die eine virale Ansteckung und damit das dritte Koch-Postulat nachweisen sollen, aber dies bei genauerer Betrachtung nicht tun. Ein seriöses Ansteckungsexperiment, das sowieso erstmal eine saubere Virus-Isolation voraussetzt, ist auch bei COVID-19 nicht zu finden.

10. Schritt: Dokumentation & Bestätigungen

Die Erfüllung jedes einzelnen Schrittes muss öffentlich so dokumentiert sein, dass andere Forscher die jeweiligen Experimente und Schritte genauestens nachvollziehen können. Erst dann, wenn die Versuche jederzeit von anderen (möglichst unabhängigen) Wissenschaftlern nachvollzogen werden können, wird aus der Virushypothese ein Virusbeweis. Erst dann macht es möglicherweise Sinn, schützende Massnahmen einzuleiten, antivirale Medikamente oder gar Impfstoffe zu entwickeln. Sind die 10 Schritte jedoch nicht von anderen Forschern nachvollziehbar, muss wieder von vorn begonnen werden.

Hochrenommierter Mikrobiologe hält Corona-Massnahmen für «kollektiven Selbstmord»

Foto: EugeneEdge/Shutterstock

Sucharit Bhakdi ist Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie. Er ist emeritierter Professor der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und war von 1991 bis 2012 Leiter des dortigen Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene. In einem Interview vom 19.03.2020 erklärte Bhakdi – einer der meistzitierten Experten auf dem Gebiet der medizinischen Mikrobiologie – ‚dass es «falsch» und «gefährlich irreführend» sei, das neue Corona-Virus für die ihm zugeschriebenen Todesfälle hauptverantwortlich zu machen, da Vorerkrankungen und die Luftverschmutzung in chinesischen und norditalienischen Städten eine wichtigere Rolle spielten. Die zu diesem Zeitpunkt diskutierten oder beschlossenen Massnahmen bezeichnete er als «grotesk», «sinnlos», «selbstzerstörerisch» und «kollektiven Selbstmord», der die Lebenserwartung der Senioren verkürzen werde und von der Gesellschaft nicht akzeptiert werden dürfe. [1]

Es folgte am 26. März 2020 ein offener Brief an die deutsche Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel, in dem Bhakdi ihr bisher unbeantwortete Fragen stellte. Verkürzt lauten diese:

1. Wurde bei den Hochrechnungen, die sagen, dass fünf Prozent aller infizierten Menschen schwer erkranken und beatmungspflichtig werden und damit das Gesundheitssystem bald angeblich im Übermass belasten werden, zwischen symptomfreien Infizierten und tatsächlichen, erkrankten Patienten unterschieden?

2. Wurde überhaupt nach anderen Corona-Viren gesucht, die seit langem im Umlauf sind und sich laut einer von Bhakdi angeführten Studie [2] in der Gefährlichkeit nicht von SARS-CoV-2 unterscheiden?

3. Hat es bereits eine stichprobenartige Untersuchung der gesunden Allgemeinbevölkerung gegeben, um die Realausbreitung des Virus zu validieren, oder ist dies zeitnah vorgesehen?

4. Gedenkt Deutschland weiterhin, «Corona-Tote» zu melden, sobald festgestellt wird, dass das Virus beim Tod vorhanden war – unabhängig von anderen Faktoren? Wie soll dann zwischen echten Corona-bedingten Todesfällen und zufälliger Viruspräsenz zum Todeszeitpunkt unterschieden werden?

5. Welche Bemühungen werden unternommen, um der Bevölkerung andere Faktoren der erschreckenden Situation in Italien näherzubringen (u.a. Luftverschmutzung, weniger verfügbare Betten in den Intensivstationen)? So könne man den Menschen verständlich machen, dass Szenarien wie in Italien oder Spanien in Deutschland nicht realistisch seien. [3]

Bereits zuvor wurde die universitäre E-Mail-Adresse des emeritierten Professors Bhakdi deaktiviert, nach Protesten aber ebenfalls reaktiviert. Ein Akt der Zensur? ***(tk)***

«Drakonische Massnahmen, die die Grundrechte der Menschen auf so umfassende Weise einschränken, dürfen doch nur verhängt werden, wenn es gesicherte Hinweise dafür gibt, dass ein neues Virus überaus gefährlich ist. [...] Gab es je einen solchen wissenschaftlich begründeten Hinweis für COVID-19? Aus meiner Sicht lautet die einfache Antwort: Nein.»

Professor Dr. Sucharit Bhakdi, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, ehemaliger Leiter des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Universität Mainz

Quelle: youtube.com, Corona-Krise: Offener Brief an die Bundeskanzlerin von Prof. Sucharit Bhakdi, 29.03.2020

Quellen:

1. youtube.com, Corona-Krise: Prof. Sucharit Bhakdi erklärt warum die Massnahmen sinnlos und selbstzerstörerisch sind, 19.03.2020
2. Roussel et al. SARS-CoV-2: Fear Versus Data. Int. J. Antimicrob. Agents 2020, 105947
3. youtube.com, Corona-Krise: Offener Brief an die Bundeskanzlerin von Prof. Sucharit Bhakdi, 29.03.2020

Fachleute kritisieren die Massnahmen weltweit!

Zur vermeintlichen Bekämpfung von Corona kam es zu staatlichen Einschränkungen in globalem, bisher nicht gekanntem Ausmass. Viele Experten widersprechen und halten die Massnahmen für nicht annähernd verhältnismässig.

Dr. David Katz, der Gründungsdirektor des CDC-Forschungszentrums «Yale University Prevention Research Center», fragt in der New York Times: «Ist unser Kampf gegen das Corona-Virus schlimmer als die Krankheit? Es gibt gezieltere Mittel, die Pandemie zu besiegen.» [1]

Foto: LJCasey (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Katz_David.jpg) https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en

Der Infektiologe und Direktor des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, **Dr. Ansgar Lohse**, fordert ein rasches Ende der Ausgangssperren und Kontaktverbote. Es müssten sich mehr Menschen mit Corona infizieren. Kitas und Schulen sollten möglichst bald wieder geöffnet werden, damit Kinder und ihre Eltern durch eine Ansteckung mit dem Coronavirus immun werden können. Die Fortdauer der strikten Massnahmen würde zu einer Wirtschaftskrise führen, die ebenfalls Menschenleben kosten werde, so der Mediziner. [7]

Der dänische Forscher **Peter Gøtzsche**, Gründer der renommierten Cochrane Collaboration, schreibt, dass Corona eine «Epidemie der Panik» sei und «Logik eines der ersten Opfer» war. [2]

Laut **Pietro Vernazza**, einem Schweizer Spezialisten für Infektionskrankheiten, sind die verfügten Massnahmen nicht wissenschaftlich begründet und müssen neu überdacht werden. Für ihn machen Massentests keinen Sinn, da bis zu 90% der Bevölkerung symptomlos bleiben würden, während Ausgangssperren und Schulschliessungen sogar «kontraproduktiv» seien. Vernazza empfiehlt, nur die Risikogruppen zu schützen und Einschränkungen rückgängig zu machen. [3]

Inzwischen beschweren sich viele Vertreter von Pflegeheimen über die restriktiven Massnahmen und die unangebrachte Medienberichterstattung zu COVID-19: «Auch vor Corona kam es in Wintermonaten häufig vor, dass in relativ kurzer Zeit viele Heimbewohner starben, ohne dass hier Fernsehteams vor der Tür standen und in Schutzanzüge gehüllte Personen gezeigt werden, die sich heldenhaft der Infektionsgefahr aussetzen.» [8]

Der Präsident der Internationalen Ärzte-Gesellschaft, **Frank Ulrich Montgomery**, hält Ausgangssperren wie in Italien ebenfalls für «unvernünftig» und «kontraproduktiv». [4]

Foto: StagiaireMGIMO (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Frank_Ulrich_Montgomery_(2019).jpg) https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en

Professor Martin Haditsch, Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, übt scharfe Kritik an den COVID-19-Massnahmen. Diese seien «völlig haltlos» und würden «Augenmass und ethische Grundsätze» mit Füssen treten. [9]

Prof. Karin Mölling, ehemalige Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie an der Universität Zürich, hält die Massnahmen für ungerechtfertigt. Corona sei kein Killervirus, die Panikmache sei das Problem. [5]

In einem aufschlussreichen 40-minütigen Interview erklärt der international renommierte **Epidemiologie-Professor Knut Wittkowski** aus New York, dass die getroffenen Massnahmen zu COVID-19 allesamt kontraproduktiv seien.

Statt «social distancing», Schulschliessungen, Lockdown, Mundschutz, Massentests und Impfungen müsse das Leben möglichst ungestört weitergehen und möglichst rasch eine Immunität in der Bevölkerung aufgebaut werden. COVID-19 sei nach allen bisherigen Erkenntnissen nicht gefährlicher als frühere Grippeepidemien. [10]

RiskNET®

Autoren des deutschen **«Risk Management Networks» (RiskNET)** sprechen in einer Analyse zu COVID-19 von einem «Blindflug» sowie «mangelhafter Datenkompetenz und Datenethik». Statt immer mehr Tests und Massnahmen sei eine repräsentative Stichprobe erforderlich. Die «Sinnhaftigkeit und Ratio» der getroffenen Massnahmen müsse kritisch hinterfragt werden. [6]

Dr. Andreas Sönnichsen, Leiter der Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin an der Medizinischen Universität Wien sowie Vorsitzender des Netzwerks für evidenzbasierte Medizin, hält die bisher verfügten Massnahmen für «irre». Der ganze Staat werde lahmgelegt, nur um «die wenigen, die es betreffen könnte, zu schützen». (11)

Professor Michael T. Osterholm, Immunologe an der Universität von Minnesota, hält die Massnahmen für übertrieben. Anstatt Personen mit höherem Risiko zu raten, sich durch körperliche Distanz zu schützen und die Gesundheitsfürsorgekapazitäten zu steigern, werde die wirtschaftliche Struktur, auf der unser Leben basiert, zerstört. (13)

Prof. Carl Heneghan, Direktor des Zentrums für evidenzbasierte Medizin der Universität Oxford, warnt in einem Beitrag, dass der Schaden durch den Lockdown grösser sein könnte als jener durch das «Virus». Der Höhepunkt der Epidemie sei in den meisten Ländern bereits vor dem Lockdown erreicht gewesen. (12)

Prof. Dr. Mikko Paunio, Epidemiologe der Universität Helsinki, schreibt: «Ich fordere die Welt eindringlich auf, schnell und geordnet von der Abriegelung wegzukommen und vernünftige Ansätze zur Bekämpfung der Krankheit zu entwickeln, ohne weiteres wirtschaftliches Elend zu verursachen. Es mag schwierig sein, dies zu tun, aber die Heilung ist derzeit viel schlimmer als die Krankheit.» (14)

Diese Liste könnte lange fortgeführt werden. Selten war der Widerspruch aus den Reihen der Wissenschaft gegen das offizielle Narrativ einer gefährlichen Viruskrankheit so gross wie bei COVID-19. Von Einigkeit in der Wissenschaft kann nicht annähernd die Rede sein. ***(tk)***

Angesehener Experte rausgeworfen!

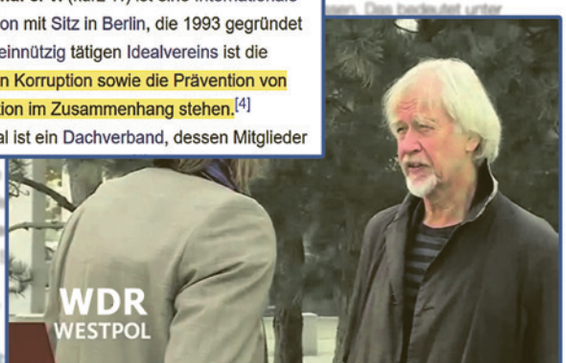
MELDUNG

In eigener Sache: Vorstand beschließt Ruhen der Mitgliedschaft von Wolfgang Wodarg

Berlin, 25.03.2020

Transparency International

Transparency International e. V. (kurz *TI*) ist eine Internationale Nichtregierungsorganisation mit Sitz in Berlin, die 1993 gegründet wurde.[3] Zweck des gemeinnützig tätigen Idealvereins ist die weltweite Bekämpfung von Korruption sowie die Prävention von Straftaten, die mit Korruption im Zusammenhang stehen.[4] Transparency International ist ein Dachverband, dessen Mitglieder



Dr. Wolfgang Wodarg, langjähriges Mitglied von Transparency International mit makellosem Ruf und oft von Medien befragter Experte, wurde vom Vorstand von Transparency Deutschland ausgeschlossen.

Obwohl sich an seiner kritischen Haltung seit damals nichts geändert hat, wird ihm nun vorgeworfen, Verschwörungstheorien zu verbreiten.

Quellen:

1. nytimes.com, Is Our Fight Against Coronavirus Worse Than the Disease?, 20.03.2020
2. deadlymedicines.dk, Corona: an epidemic of mass panic, 21.03.2020
3. tagblatt.ch, Ostschweizer Infektiologe Pietro Vernazza: «Die Zahlen zu den jungen Corona-Virus-Erkrankten sind irreführend», 22.03.2020
4. general-anzeiger-bonn.de, «Pandemie ist Chaos», 18.03.2020
5. radioeins.de, Virologin Mölling warnt vor Panikmache, 14.03.2020
6. risknet.de, Mangelhafte Datenkompetenz: Covid-19 und der Blindflug, 29.03.2020
7. mopo.de, UKE-Infektiologe fordert Es müssen sich mehr Menschen mit Corona infizieren, 29.03.2020
8. pflege-prisma.de, Sterbezahlen in Pflegeheimen, 31.03.2020
9. youtube.com, Prof Dr. Martin Haditsch, Facharzt Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie COVID-19, 30.03.2020
10. youtube.com, Perspectives on the Pandemic | Professor Knut Wittkowski | Episode 2, 03.04.2020
11. diepresse.com, «Was machen wir da auf den Intensivstationen eigentlich?», 01.04.2020
12. news.yahoo.com, «Damage done by lockdown could outweigh that of coronavirus», warns professor, 20.04.2020
13. washingtonpost.com, Facing COVID-19 Reality: A national Lockdown is no cure, 21.03.2020
14. lockdownsceptics.org, Has SARS-CoV-2 fooled the whole world

«Die Zahl der gemeldeten Infektionen hat nur eine geringe Aussagekraft, da kein populationsbezogener Ansatz gewählt wurde, die Messung auf einen zurückliegenden Zeitpunkt verweist und eine hohe Rate nicht getesteter (v.a. asymptomatischer) Infizierter anzunehmen ist. [...] Die allgemeinen Präventionsmassnahmen (z.B. social distancing) sind theoretisch schlecht abgesichert, ihre Wirksamkeit ist beschränkt und zudem paradox (je wirksamer, desto grösser ist die Gefahr einer ‹zweiten Welle›) und sie sind hinsichtlich ihrer Kollateralschäden nicht effizient.»

Prof. Dr. Matthias Schrappe, Hedwig François-Kettner, Dr. Matthias Gruhl, Franz Knieps, Prof. Dr. Holger Pfaff, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19

Quelle: matthias.schrappe.com, Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19, 05.04.2020

«Ein wissenschaftlich fundierter Diskurs aller relevanten Medizingesellschaften mittels z.B. ad Hoc Kommission hat nicht stattgefunden. Stattdessen wurden Virologen zu Medienstars und Beratern der Politik, die nun den Krieg gegen Corona (Präsident Macron) oder drakonische Massnahmen auch für Demokratien ausrufen. [...] Getrieben durch die Medien, erleben wird eine Eskalationsstufe nach der anderen und stehen nunmehr vor der Einschränkung demokratisch verbriefter Grundrechte, ohne den demokratischen Gesellschaftsprozess eines diskursiven Dialoges auch nur annähernd zu führen.»

Professor Dr. med. Harald Matthes, ärztlicher Leiter des Berliner Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe

Quelle: Prof. H. Matthes, Lagebericht zu Covid-19: Die Ruhe vor dem Sturm: Wer oder was lässt uns derzeit handeln?, 22.03.2020

WHO riet 2019 von Massnahmen ab, die sie heute empfiehlt

Im aktuellen «Kampf» der WHO gegen das «Corona-Virus» spielen sogenannte nicht-pharmazeutische Massnahmen eine Schlüsselrolle. Bekannte Beispiele für derlei Massnahmen wären etwa Handhygiene, Maskentragen, Reisebeschränkungen, Schulschliessungen oder Ausgangsbeschränkungen. Zu den Kollateralschäden, mit denen man bei solchen Massnahmen rechnen muss, zählt eine globale Wirtschaftskrise, die Millionen Menschen in die Armut manövriert. Wer andeutet, dass die «Gegenmassnahmen» möglicherweise schlimmer und dramatischer sein könnten als die Virenkrankheit selbst, der wird im aktuellen Meinungsklima konsequent übertönt oder diskreditiert. Der neuentdeckte Endzweck alles staatlichen Handelns, die «Corona-Bekämpfung», heiligt alle Mittel.

Erstaunlicherweise liegt ein nur wenige Monate altes Dokument der WHO vor, das den heute durchgesetzten Massnahmen ihre Wirksamkeit weitgehend abspricht. Erschienen im Oktober 2019, untersucht das WHO-Dokument [1], mit dem Anspruch, für künftige Grippe-Epidemien Empfehlungen auszusprechen, unterschiedliche nicht-pharmazeutische Massnahmen. Die WHO rät darin, im Falle einer Pandemie (definiert als globale Epidemie, ausgelöst durch einen bislang unbekannten Influenzavirus, für den noch keine Grundimmunität in der menschlichen Bevölkerung besteht), unabhängig vom Schweregrad, zur Isolation von Kranken und Reisewarnungen. Bei schwereren Pandemien sollen diese Massnahmen um den Einsatz von Gesichtsmasken, Schulschliessungen und dem gezielten Meiden grosser Menschenmassen ergänzt werden. Arbeitsplatzschliessungen und internationale Reisebeschränkungen empfiehlt die WHO nur im Falle extrem schwerer Pandemien, was bei Corona nicht zutrifft (siehe S.24 ff.). Ausdrücklich hält die WHO fest, dass Grenzschliessungen unter keinen Umständen empfehlenswert sind. Dessen ungeachtet wurden oder werden diese Massnahmen von den meisten Regierungen implementiert.

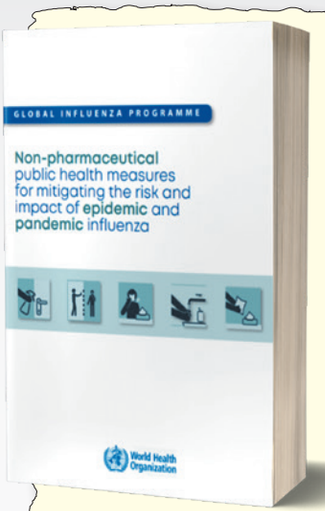
Keine wissenschaftlichen Belege

Im Anhang des genannten Dokuments [2] stellt die WHO tabellarisch die Ergebnisse einer systematischen Auswertung einschlägiger Forschungsliteratur zusammen. Tatsächlich kommt die WHO im Anhang ihres Berichtes zu dem Ergebnis, dass die Qualität der Belege für die Wirksamkeit fast aller damals untersuchten nicht-pharmazeutische Massnahmen als niedrig oder sehr niedrig einzuschätzen ist. Einzig die möglichen Effekte von

➔

➔ Handhygiene und Maskennutzung bewertet die WHO als nützlich. Demnach gibt die WHO in ihrem Bericht vom Oktober 2019 zu, dass es kaum bis keine verlässlichen Hinweise für die Wirksamkeit von Interventionen wie «Social Distancing», Reisebeschränkungen oder Ausgangssperren gibt.

Interessanterweise handelt es sich bei diesem WHO-Dokument nicht um das einzige Dokument, das zu diesem Ergebnis kommt. Bereits 2009 hatte die EU-Seuchenbehörde ECDC einen Leitfaden für Influenza-Pandemien[3] veröffentlicht, welcher Social-Distancing-Massnahmen und Reisebeschränkungen ebenfalls ihre Nützlichkeit abspricht. Genau wie die WHO empfiehlt das ECDC heute aber ebenjene Massnahmen, für deren Wirksamkeit zuvor keine wissenschaftlichen Belege gefunden werden konnten. Ein unauflösbarer Widerspruch, der sich allerdings perfekt in das Gesamtbild der Ungereimtheiten zu «COVID-19» einfügt. ***(as/tk)***



«Wir haben festgestellt, dass es nur eine begrenzte Evidenzbasis für die Wirksamkeit nicht-pharmazeutischer Minderungsmassnahmen [Handhygiene, Reisebeschränkungen, Maskentragen, Schulschliessungen, Ausgangsbeschränkungen] gibt.»

Aus dem WHO-Dokument «Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza» (Oktober 2019)

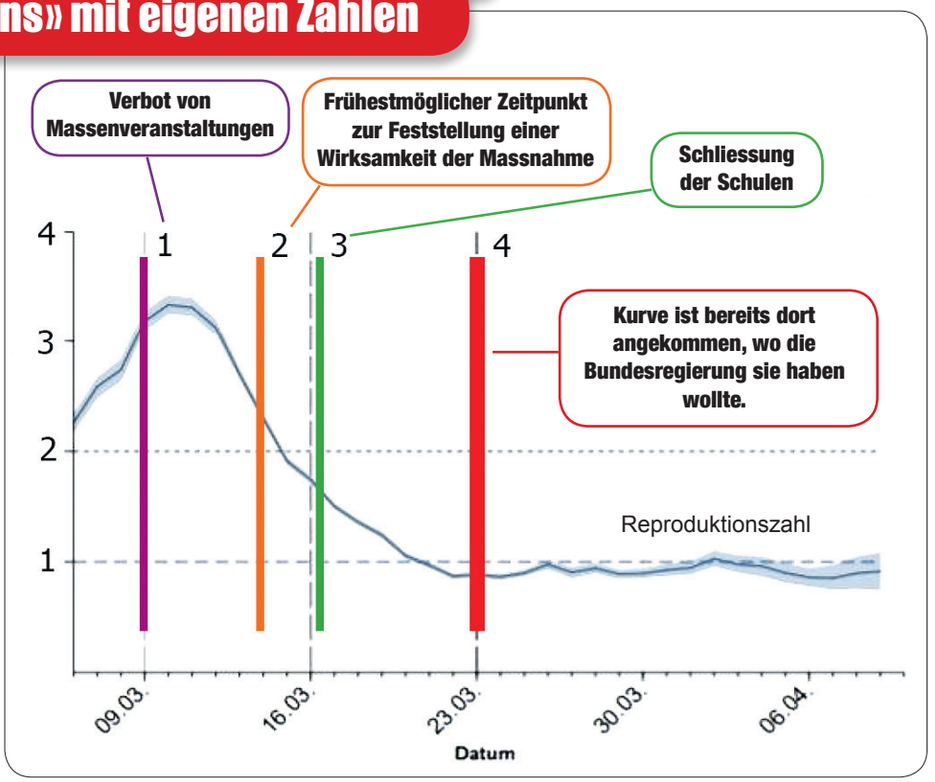
Quellen:

heise.de, COVID-19: WHO-Studie findet kaum Belege für die Wirksamkeit von Eindämmungsmassnahmen, 21.04.2020
1. who.int, Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza, Oktober 2019
2. who.int, Annex: Report of systematic literature reviews, Oktober 2019
3. ecdc.europa.eu, Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe - 'The ECDC Menu', 17.06.2009

Robert Koch Institut widerlegt die Sinnhaftigkeit des «Lockdowns» mit eigenen Zahlen

Noch im Februar 2020 betonte die BRD-Bundeskanzlerin Angela Merkel ganz offiziell, dass eine der zentralen Kennzahlen, die von der Bundesregierung zur Abschätzung der Corona-Gefahr herangezogen wird, die sogenannte Reproduktionszahl ist. Die Reproduktionszahl gibt laut dem herrschenden Theoriegebäude der Epidemiologie an, wie viele Menschen ein Corona-Infizierter im Schnitt ansteckt, und es wird empfohlen, sie unbedingt unter 1 zu halten, damit eine Pandemie eingedämmt werden kann: Die Reproduktionszahl ist der Wert, auf den Virologen und Politiker bei Corona von Anfang an grössten Wert legten.

Laut offiziellem Narrativ gilt: «Die Reproduktionsrate sagt aus, wie viele Menschen ein Infizierter im Durchschnitt ansteckt. Je niedriger der Wert, desto besser. Liegt die Reproduktionsrate über 1, steckt ein Infizierter im Mittel mehr als einen anderen Menschen an, auf diesem Weg erhöht sich die Zahl der täglichen Neuinfektionen. Liegt die Rate aber unter 1, so steckt ein Infizierter im Mittel weniger als einen anderen Menschen an, und die Epidemie läuft nach und nach aus.»[1]



Das heisst, fällt die Reproduktionszahl unter 1, dann sind wir laut verbreitetem Narrativ über den Berg. Betrachten wir nun eine Grafik, die vom Robert Koch Institut (RKI, siehe S.12 f.) am 23.04.2020 im 17. Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht wurde.[2]

Darauf abgebildet (siehe oben) sehen wir die geschätzte Reproduktionszahl. Die senkrecht eingefügten Striche markieren

die einzelnen Meilensteine, an denen die verschiedenen restriktiven Massnahmen von Seiten der deutschen Regierung implementiert wurden.

Ab dem 09.03. waren Massenveranstaltungen mit mehr als 1.000 Teilnehmern verboten. Von mancher Seite wird nun argumentiert, dass das Abflachen der Kurve dieser Regelung zu verdanken sei. Tatsache ist allerdings, dass man die angegebene Inkubationszeit (Zeit zwischen Infektion mit einem Krankheitserreger und dem Auftreten der ersten Symptome) von COVID-19 bedenken muss und diese beträgt laut den offiziellen RKI-Zahlen im Mittel etwa 5 Tage. Das heisst, die Kurve hätte noch mindestens bis zum eingezeichneten Punkt zwei ansteigen müssen. Schliesslich waren Grossveranstaltungen wie Fussballspiele noch bis zum 08.03. gestattet und durchaus gut besucht. Aus der Beobachtung, dass die Kurve bereits vorher abzuflachen begann, lässt sich nur der Schluss ziehen, dass der Rückgang der Reproduktionszahl nicht auf die Massnahmen zurückgeführt werden kann. Am 16.03. folgte dann die Schliessung der Schulen. Die Kurve flachte inzwischen, in ihrem Trend von den Massnahmen unberührt, weiter ab. Dann schliesslich, als die Kurve bereits unter der Reproduktionszahl von 1 angekommen war, trat am 23.03. der «Lockdown» in Kraft.

In fast allen Bundesländern Deutschlands herrscht seit dem 27.04.2020 eine Maskenpflicht. Eine Massnahme, die in Anbetracht der sinkenden Fallzahlen und der offiziell bereits vor dem Lockdown niedrigen Reproduktionszahl schlicht nicht mehr nachzuvollziehen ist.

Quelle: welt.de, Maskenpflicht in Deutschland – das gilt ab heute in Ihrem Bundesland, 27.04.2020

Das Abschalten der Wirtschaft erfolgte also zu einem Zeitpunkt, an dem man zumindest im Rückblick klar sagen kann, dass die Kurve bereits dort angekommen war, wo sie die Bundesregierung haben wollte – die Reproduktionszahl von COVID-19 lag laut RKI unter 1, und das schon bevor der Lockdown eingeführt wurde.

Spätestens, nachdem diese Fakten auf dem Tisch lagen, hätte ein Wiederanlauf des normalen Lebens gewagt werden müssen. Das Abwürgen der Wirtschaft kostet Leben und Existenzen. Die Folgen werden mit jedem weiteren Tag schlimmer und dramatischer. Warum werden die Massnahmen nicht endlich aufgehoben, wenn sogar die Ziffern des RKI dafür sprechen? ***(as/tk)***

Quellen:
1. Inforadio.de, Was ist die Reproduktionsrate?, 17.04.2020 2. Rki.de, Epidemiologischen Bulletins 17/2020, 23.04.2020

Virologie im Jahr 2020

- **Andere Krankheitsursachen wie Ernährung, Lebensstil, Umweltgifte usw. werden zwar anerkannt, aber zu wenig untersucht.**
- **Oft Tunnelblick auf nur einen «Virus», ohne überhaupt nach anderen «Viren» zu suchen.**
- **Saubere Virus-Isolation findet nicht statt.**
- **Fragwürdige Ansteckungs-Experimente**
- **Die Frage, ob «Viren» auch körpereigen sein könnten, wird nicht gestellt.**
- **Viren-Tests in etwa so zuverlässig wie ein Münzwurf.**

Müsste man die Virologie, wie sie heute praktiziert wird, nicht einmal grundsätzlich hinterfragen?

FAZIT

Inzwischen widersprechen weltweit hunderte hochrenommierte Wissenschaftler und Fachärzte öffentlich den Verlautbarungen der WHO. Der stille Widerspruch von weiteren Experten wird wohl in die Tausende gehen. Innerhalb weniger Wochen wurden ohne eine offene, für die breite Öffentlichkeit nachvollziehbare Debatte radikale, teilweise klar rechtswidrige Massnahmen durchgesetzt, die auf keinerlei wissenschaftlichem Konsens beruhen.

FAZIT DER AUSGABE

Sowohl bei COVID-19 als auch bei vielen Seuchen-Kampagnen der Vergangenheit wurden nicht einmal die minimalen Voraussetzungen zum Nachweis eines neuen, krankmachenden und ansteckenden Virus erfüllt. Man kann es nicht anders ausdrücken: Wir haben es hier auf höchster Ebene mit grobem Unfug zu tun, der nur das Prädikat «Pseudowissenschaft» verdienen kann. Die Massnahmen sind/waren in keiner Weise gerechtfertigt und sollten, wo sie noch durchgesetzt werden, schnellstens beendet werden – mit entsprechenden Konsequenzen für alle Verantwortlichen!

EXPRESSZEITUNG

macht

UNSICHTBARES

lesen - erkennen - begreifen

Werbefrei, zeitlos, unabhängig

und

aktueller denn je!

Jetzt abonnieren und 3 Archiv-Ausgaben kostenlos dazu erhalten!

YouTube

Besuchen Sie uns auf unserem Youtubekanal «ExpressZeitung».

Video über die Situation in Italien.

Video zur Berichterstattung über Schweine- und Vogelgrippe. Wie damals, so heute?

Video zu den Widersprüchen des Chefvirologen Christian Drosten.

Folgen Sie uns auf unserem zensurfreien Telegramkanal

t.me/ExpressZeitung

ZUM SELBSTKOSTENPREIS!

Werden Sie aktiv! Wir unterstützen Sie dabei!

Diese Ausgabe Nr. 32 in grösseren Mengen zum Selbstkostenpreis und als PDF kostenlos!

PDF KOSTENLOS!